



# نسائیات

(گائینکولوجی)

ڈاکٹر سید محمد عباس رضوی



قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان  
وزارت ترقی انسانی وسائل  
حکومت ہند

ویسٹ بلاک-1، آر۔ کے۔ پورم، نئی دہلی۔ 110066

## NISAIYAT

By : S.M. Abbas Rizvi

● قومی کونسل برائے فروغ اردو زبانہ نئی دہلی

سنہ اشاعت:

پہلا ایڈیشن : 1988

دوسرا ایڈیشن : 1999 تعداد 1100

قیمت :- 62/-

سلسلہ مطبوعات : 582

---

ناشر : ڈائریکٹر، قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان، ویسٹ بلاک-1، آر۔ کے۔ پورم،

نئی دہلی۔ 110066

طابع : جے۔ کے۔ آفسیٹ پرنٹرس، جامع مسجد، دہلی۔ 110006

# پیش لفظ

”ابتدا میں لفظ تھا۔ اور لفظ ہی خدا ہے“

پہلے جملوات تھے۔ ان میں نمود پیدا ہوئی تو نباتات آئے۔ نباتات میں  
’جہلت پیدا ہوئی تو حیوانات پیدا ہوئے۔ ان میں شعور پیدا ہوا تو بنی نوع انسان کا وجود  
ہوا۔ اسی لیے فرمایا گیا ہے کہ کائنات میں جو سب سے اچھا ہے اس سے انسان کی تخلیق  
ہوئی۔

انسان اور حیوان میں صرف نطق اور شعور کا فرق ہے۔ یہ شعور ایک جگہ پر  
شہر نہیں سکے۔ اگر شہر جائے تو پھر ذہنی ترقی، روحانی ترقی اور انسان کی ترقی رک  
جائے۔ تحریر کی ایجاد سے پہلے انسان کو ہر بات یاد رکھنا پڑتی تھی، علم سینہ بہ سینہ اگلی  
نسلوں کو پہنچتا تھا، بہت ساحصہ ضائع ہو جاتا تھا۔ تحریر سے لفظ اور علم کی عمر میں اضافہ  
ہوا۔ زیادہ لوگ اس میں شریک ہوئے اور انھوں نے نہ صرف علم حاصل کیا بلکہ اس  
کے ذخیرے میں اضافہ بھی کیا۔

لفظ حقیقت اور صداقت کے اظہار کے لیے تھا، اس لیے مقدس تھا۔ لکھے  
ہوئے لفظ کی، اور اس کی وجہ سے قلم اور کاغذ کی تقدیس ہوئی۔ بولا ہوا لفظ، آئندہ  
نسلوں کے لیے محفوظ ہوا تو علم و دانش کے خزانے محفوظ ہو گئے۔ جو کچھ نہ لکھا جاسکا، وہ  
بالآخر ضائع ہو گیا۔



پہلے کتابیں ہاتھ سے نقل کی جاتی تھیں اور علم سے صرف کچھ لوگوں کے ذہن ہی سیراب ہوتے تھے۔ علم حاصل کرنے کے لیے دور دور کا سفر کرنا پڑتا تھا، جہاں کتب خانے ہوں اور ان کا درس دینے والے عالم ہوں۔ چھاپہ خانے کی ایجاد کے بعد علم کے پھیلاؤ میں وسعت آئی کیونکہ وہ کتابیں جو نادر تھیں اور وہ کتابیں جو مفید تھیں آسانی سے فراہم ہوئیں۔

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان کا بنیادی مقصد اچھی کتابیں، کم سے کم قیمت پر مہیا کرنا ہے تاکہ اردو کا دائرہ نہ صرف وسیع ہو بلکہ سارے ملک میں سمجھی جانے والی، بولی جانے والی اور پڑھی جانے والی اس زبان کی ضرورتیں پوری کی جائیں اور نصابی اور غیر نصابی کتابیں آسانی سے مناسب قیمت پر سب تک پہنچیں۔ زبان صرف ادب نہیں، سماجی اور طبی علوم کی کتابوں کی اہمیت ادبی کتابوں سے کم نہیں، کیونکہ ادب زندگی کا آئینہ ہے، زندگی سماج سے جڑی ہوئی ہے اور سماجی ارتقاء اور ذہنی انسانی کی نشوونما طبی، انسانی علوم اور ٹکنالوجی کے بغیر ممکن نہیں۔

اب تک یورپ نے اور اب تشکیل کے بعد قومی اردو کونسل نے مختلف علوم اور فنون کی کتابیں شائع کی ہیں اور ایک مرتب پروگرام کے تحت بنیادی اہمیت کی کتابیں چھاپنے کا سلسلہ شروع کیا ہے۔ یہ کتاب اس سلسلے کی ایک کڑی ہے۔ امید ہے یہ اہم علمی ضرورت کو پورا کرے گی۔ میں ماہرین سے یہ گزارش بھی کروں گا کہ اگر کوئی بات ان کو نادرست نظر آئے تو ہمیں لکھیں تاکہ اگلے ایڈیشن میں نظر ثانی کے وقت خامی دور کر دی جائے۔

ڈاکٹر محمد حمید اللہ بھٹ

ڈائریکٹر

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان

وزارت ترقی انسانی وسائل، حکومت ہند، نئی دہلی

# فہرست

9

پہلا باب

تشریح اعضاء تناسل

19

دوسرا باب

مریضہ کا معاینہ، بطنی معاینہ۔ دودستی معاینہ۔ منظار سی معاینہ، مقعدی بطنی معاینہ

31

تیسرا باب

عورتوں کی زندگی کے مختلف دور۔ شباب۔ اور اس دور میں ہونے والی تبدیلیاں۔  
سن بلوغ کے دوران ظاہر ہونے والے عوارض۔ طہرث اور حمل۔ سن یاس اور اس دور  
میں ہونے والی تبدیلیاں۔

51

چوتھا باب

غدد باطن الافراز کے افعال و اثرات GIGANTISM اور

ACROMEGALY SHEESHAN'S SYNDROME

کوتاہ قاستی۔

CRETINISM - PROHLICH'S SYNDROME

CUSHING SYNDROME عوارض مجاورات کلیہ لمائی۔

65

## پانچواں باب

بد وضعی اعضاء تناسل۔ نقص تاذین۔ نقص زحی۔ حمل اور وضع حمل پر اس کے اثرات۔  
نقص فرج و مہبل۔

89

## چھٹا باب

طبعی عوارض۔ احتباس طث۔ کثرت طث۔ قلت طث۔ OLIGOMENORRHOEA۔  
تواتر طث۔ تناؤ قبل طث۔ عسر طث۔

103

## ساتواں باب

جنسی عوارض۔ عقم (عقر) مردوں میں عقر کے اسباب AZOOSPERMIA اور  
OLIGOSPERMIA عورتوں میں عقر کے اسباب۔  
ARTIFICIAL INSEMINATION جماع مولم

124

## آٹھواں باب

نفسی جنسی عوارض۔ اختناق الرحم۔ FUNCTIONAL —  
— STERILITY — FRIGIDITY  
HABITUAL MISCARRIAGE عسر طث احتباس طث۔

129

## نواں باب

گزند اعضاء تناسل۔ گزند ولادت۔ حادثات کے نتیجے میں ہونے والی گزند۔  
P.B. کے نتیجے میں ہونے والی گزند

133

## دسواں باب

مددی اعضاء تناسل۔ ورم فرج۔ ورم بارٹولین۔ ورم مجری بول۔ تھنق مجری بول

CHRONIC HYPERTROPHIC VULVITIS قروح فرج

عددی ہبل۔ ورم ہبل۔ قروح ہبل۔ ورم عنق الرحم۔ تاکل عنق الرحم۔ ورم غشاء

BENIGN بطن رحم۔ ورم رحم کو صغیف (اعوجاج) رحم میں ہونے والی

HYDROSAL - قلعہ الرحم۔ ورم قاذبین -

PINK - قلعہ القاذف۔ ورم اتصالات رحمی۔ ورم یاریطون عانی۔ خراج عانہ۔

169

## گیارہواں باب

درن اعضا متاسل۔ حمل اور درنی تعدیہ۔

176

## بارہواں باب

سوزاک۔ آتشک اور CHANCROID

199

## تیرہواں باب

احتباس بول INCONTINENCE OF URINE

بول فی الفراش۔ سلس البول۔ سیلان ابیض۔ -LEUCOPLAKIA

VULVA RAUROSIS VULVA - حلتہ الفرج۔ -وجع الظہر۔

219

## چودھواں باب

میلان الرحم۔ نتور اعضا متاسل۔ فتق مثانی۔ فتق مہائی۔ فتق مستقیم۔ نتور الرحم فوق امعاء۔

STRESS INCONTINENCE انقلاب الرحم۔

246

## پندرہواں باب

حمل متنبذ (خراج رحم) حمل قاذفی۔ حمل بطنی۔ حمل مبغضی۔ عنق الرحم میں ہونے

والاحمل۔

## سولہواں باب

265

اعضاء تناسل میں ہونے والی نمو غیر خبیثہ۔ مہبل اور فرج میں ہونے والی نئی گروتھ۔

ENDOMETRIAL GROWTH--سلو لیفی۔ سلو فمھی۔ سلو عضلی۔

-SEBACEOUS CYST

URETHRAL CARUNCLE سلعات مہبل۔ سلعات کیسی۔ کیسہ مہبل۔ عنق الرحم اور

SESSILE-- رجم میں ہونے والی نمو شاخہ۔ سلو لیفی عضلی۔

SUBMUCOUS POLYP-- بولیپ رجم (و اسیر رجم) بولیپ عنق الرحم فی طلی۔

ADENOMYOSIS OF UTERUS۔ بولیپ مٹھی۔

ENDOMETRIOSIS

293

## سترہواں باب

اعضاء تناسل میں ہونے والے نمو خبیثہ۔ سرطان عنق الرحم۔ سرطان جسم رجم۔

سرطان فرج۔ سرطان مہبل۔ سرطان تاذفین

MESODERMAL MIXED TUMOUR

CARCINOSARCOMA-BOTRYOID SARCOMA

-CHORIOCARCINOMA

313

## اٹھارہواں باب

خصیہ الرحم (مبيض) کے غربی LESIONS اور تعدیہ فتق مبيض۔

NON NEO- نمو مبيض۔ انفعال مبيض۔ ورم مبيض۔ سلعات مبيض۔

LUTEAL CYST کيسہ حویصلی۔ PLASTIC CYST

NEOPLASTIC- کيسہ اقباسی۔ جسم اصغر میں ہونے والا سلود مویہ۔

-TUMOUR SARCOMA-FIBROMA

THECA CELL TUMOUR سرطان مبيض۔ کيسہ مبيضی۔ حمل اور

وضع حمل پر مبيضی کيسہ کے اثرات۔

پہلا باب

## تشریح اعضاء تناسل

نسوانی اعضاء تناسل دو حصوں میں منقسم ہیں۔ بیرونی اور اندرونی۔ بیرونی اعضاء کو فرج (VULVA) کہتے ہیں۔ یہ درج ذیل اعضاء پر مشتمل ہوتا ہے۔

(MONS PUBIS)

حدبہ عانینہ

یہ ایک مدور شمی لو تھڑا ہے جو عاذ کی ہڈیوں کے جاد اتصال پر واقع ہے۔ جس پر بلوغت کے وقت بال اگل آتے ہیں۔

(LABIA MAJORA)

شفران کبیر

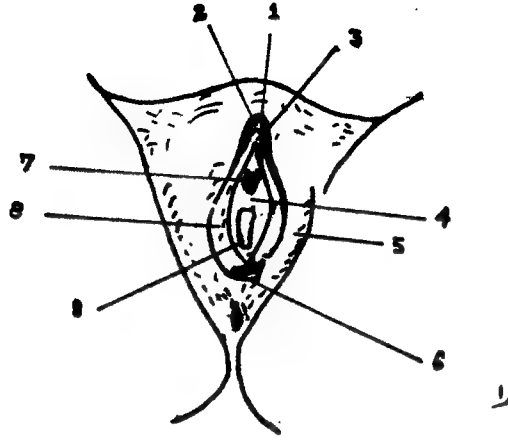
دو ابھری ہوئی جلدی چمٹیں ہیں جو حدبہ عانینہ سے شروع ہو کر عجان پر ختم ہوتی ہیں۔ ان کے مقدم اور مؤخر کنارے ایک دوسرے سے ملے ہوئے ہوتے ہیں۔ اگلے سرے کو مجمع مقدم (ANTERIOR COMMISSURE) اور پچھلے سرے کو مجمع مؤخر (POSTERIOR COMMISSURE) کہتے ہیں۔ بلوغت کے وقت ان پر بال اگل آتے ہیں، لیکن اس کی اندرونی سطح پر بال نہیں ہوتے۔ یہاں کی جلد ملائم ہوتی ہے۔ باہری حصہ کی بہ نسبت اس میں نمی زیادہ ہوتی ہے اور اس کا رنگ گلابی ہوتا ہے۔ اس کی ساخت میں جلد، عضلات اور نیچے واصل شامل ہوتے ہیں۔

(LABIA MINORA)

شفران صغیر

یہ غشاء عالمی کی دو چمٹیں ہیں جو شفران کبیر کے اندرونی جانب واقع ہیں، اور تقریباً دو پانچ لمبی

ہوتی ہیں۔ یہ نظر سے شروع ہو کر منفذ مہبل کے نیچے سے گذر کر شفران کبیر میں ختم ہو جاتی ہیں۔ ان پر بال



PREPUCE	۱۔ قلفۃ البظر
CLITORIS	۲۔ بظر
FRAENUM	۳۔ قید البظر
VESTIBULE	۴۔ دہلیز الفرج
LABIA MAJORA	۵۔ شفران کبیر
FOURCHETTE	۶۔ قید الفرج
URETHRAL MEATUS	۷۔ ثقبہ جری بول
LABIA MINORA	۸۔ شفران صغیر
VAGINAL ORIFICE	۹۔ ثقبہ مہبل

تصویر۔ ۱ بیرونی اعضاء تناسل

نہیں ہوتے۔ شفران صغیر بظر کے پاس دو حصوں میں تقسیم ہو کر بظر کا احاطہ کرتا ہے اور اس کے مقدمہ مؤخر حصہ پر بل کر قلفۃ البظر (PREPUCE) اور قید البظر (FRAENUM) بناتا ہے۔

بظر  
CLITORIS

یہ ایک چھوٹا سا اعضاء ہے جو دہلیز الفرج کے بالائی سرے پر پایا جاتا ہے۔ اس کی سائز تقریباً

ڈیڑھ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ شفران کبیر سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ یہ ابھار عورتوں میں قنصب کے قائم مقام ہے جو بہت ذکی الحس ہوتا ہے، اور اس میں جنسی رجحان کے وقت تناؤ پیدا ہوتا ہے۔

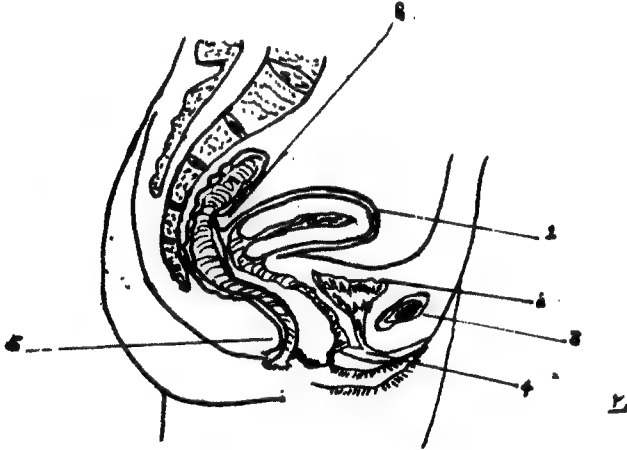
## VESTIBULE

## دہلیز الفرج

شفران صغیر کے مابین نظر سے نیچے اور منفذ ہبل سے اوپر ایک مثلث چمکی فضا ہوتی ہے، جسے VESTIBULE کہتے ہیں۔ اس کے وسط میں ثقبہ مجری بول ہوتا ہے جو نظر سے ایک انچ کے فاصلہ پر واقع ہے۔ اس میں لعابی غدہ ہوتے ہیں اور اس کی سطح پر غشاء مخاطی کا استر ہوتا ہے۔

## ثقبہ مجری بول URETHRAL MEATUS

اس کی وضع دہلیز الفرج کے پچھلے حصے میں نظر سے تقریباً ایک انچ نیچے ہبل کے کنارے کے قریب ہوتی ہے۔ اس پر غشاء مخاطی کا ایک ابھار سا ہوتا ہے۔



UTERUS  
URINARY BLADDER  
SYMHRYSIS PUBIS  
VAGINA  
RECTUM  
POUCH OF DOUGLAS

۱۔ رحم  
۲۔ مثانہ  
۳۔ ہجام عانی  
۴۔ ہبل  
۵۔ مقعد  
۶۔



## VAGINAL ORIFICE

## ثقبہ مہبل

یہ دو نوزں شفر صغیر کے درمیان اھلیل کے نیچے واقع ہے۔ یہ پہلے مدور ہوتا ہے لیکن بعد میں بادامی شکل کا ہوجاتا ہے۔ جماعت سے قبل یہ سوراخ پردہ بکارت سے بند رہتا ہے۔ اس کا صرف بالائی حصہ کسی قدر کھلا ہوا ہوتا ہے جس سے دم طٹ خارج ہوتا ہے۔

## HYMEN

## غشاء بکارت

یہ ہلالی شکل کی باریک چنٹ ہے جو غشاء مخاطی سے بنتی ہے اور ثقبہ مہبل کے زیریں حصہ پر اس طرح واقع ہے کہ اس کا مقعر کنارہ عانہ کی طرف اوپر کی جانب ہوتا ہے۔ یہ غشاء بعض اوقات ثقبہ مہبل کو مکمل طور پر بند رکھتی ہے، لیکن عام طور پر پہلے جماع سے یہ شق ہو جاتی ہے، اور اس کے پچھے ہوئے کنارے چھوٹے چھوٹے مدور ابھار کی شکل میں تبدیل ہو کر ثقبہ مہبل کو گھیر لیتے ہیں۔ بعض اوقات یہ غشاء نہیں بھی ہوتی، اس لیے اس کا ہونا یا نہ ہونا بکارت کی قطعی دلیل ہرگز نہیں ہو سکتی۔

## BARTHOLINE GLAND

## غدد برٹولین

ثقبہ مہبل کے مؤخر اور جانبی حصوں پر دائیں اور بائیں جانب دو سے برابر زرد مدغی مائل دو غدد ہوتے ہیں جو مردوں کے غدد ددی کے قائم مقام ہیں۔ ان کی نالیاں شفران صغیر میں کھلتی ہیں، جو تقریباً ایک انچ لمبی ہوتی ہیں۔ ان غدد سے زردی مائل چکنی رطوبت مترشح ہوتی رہتی ہے جس میں مباشرت کے وقت اور کبھی اضافہ ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں مہبل میں چکناہٹ آ جاتی ہے۔

## PERINEUM

## عجان

یہ قید الفرج اور مقعد کے درمیان ہے جس کا لمبائی تقریباً ایک انچ ہوتی ہے۔ وضع حمل کے دوران اگر احتیاط نہ برتی جائے تو یہ حصہ شق ہو جایا کرتا ہے۔

## FOURCHETTE

## قیدالفرج

یہ شفران صغیر کے خلفی حصہ کا آخری سرا ہے جو ثقہ مہبل کے پیچھے ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر پہلی ولادت میں شقی ہو جایا کرتا ہے۔

## عروق و اعصاب

مذکورہ بالا اعضاء میں شریانیں، شریان استیمائی ظاہر - (EXTERNAL PUDENDAL ARTERY) اور شریان استیمائی غائر (DEEP PUDENDAL ARTERY) سے آتی ہیں

بنظر اور شفران صغیر کی وریدیں ظہر البظر - (POST DORSAL VEIN OF CLITORIS) میں تمام ہوتی ہیں لیکن غدد بلیز کی وریدیں صغیرہ مہبلہ - (VAGINAL PLEXUS) کے ذریعہ ورید حرقفی ظاہر (SUPERFICIAL ILIAC VEIN) میں جا کر ملتی ہیں۔

عروق جاذبہ، غدد اکریمہ (INGUINAL GLAND) اور غدد مانہ PUBIC GLAND میں جاتی ہیں۔

## اعصاب

اعصاب شریکہ (SYMPATHETIC NERVE) عصب تناسلی نخوی (PUBO-FEMORAL NERVE) اور عصب استیمائی اسفل (INFERIOR PUDENDAL NERVE) سے آتے ہیں۔

## اندرونی اعضا تناسل

یہ درج ذیل ہیں۔

VAGINA

مہبل

یہ عضلی اور غشائی ساخت ہے جو یوٹوب کے شکل کی ہوتی ہے اور عنق الرحم سے شروع ہو کر بیرونی سوراخ پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ جوف ناریں معاد مستقیم اور مثانہ کے درمیان واقع ہے۔ اس کا درمیانی حصہ کشادہ اور مقدم و موخر حصہ تنگ ہوتا ہے۔

### مجاورات

سامنے کی جانب۔ مثانہ  
 مؤخر جانب۔ پچھلے حصے میں معاد مستقیم۔  
 بالائی حصے میں صفائی چٹائیں (PERITONEAL FOLDS)  
 پہلوی جانب۔ رباط عرضی (BROAD LIGAMENT)  
 نیچے کی جانب۔ عضلہ رافعة المقعد اور شتر رحمہ ثانیہ۔

### عروق و اعصاب

شرائیں: ۱۔ شریان مہبل (VAGINAL ARTERY)  
 ۲۔ شریان استیجائی باطن (INT. PUDENDAL)  
 ۳۔ شریان مثانی (URINARY BLADDER)  
 ۴۔ شریان رحمی (UTERINE ARTERY)  
 وریدیں: ضغیرہ مہبلہ (VAGINAL PLEXUS) میں ختم ہوتی ہیں۔  
 عروق جاذبہ: INGUINAL GLANDS میں ختم ہوتی ہیں۔  
 اعصاب: تیسری اور چوتھی SACRAL NERVE اور PUBENDAL NERVE

کی شاخیں آتی ہیں۔

## UTERUS

رحم

یہ جوف عائد میں سہار مستقیم اور مثانہ کے درمیان واقع ہے۔ حمل کے علاوہ دیگر اوقات میں اس کی شکل امرود یا ناشپاتی جیسی ہوتی ہے۔ رحم، رباط عرضین (BROAD - LIGAMENT) اور رباط مستدیر (ROUND LIGAMENT) کے ذریعہ اپنی وضع پر قائم رہتا ہے۔ رحم کا طول تقریباً تین انچ، عرض دو انچ اور دبازت ایک انچ ہوتی ہے۔ اس کا وزن ایک یا دو اؤنس ہوتا ہے۔ رحم کے چار حصے ہوتے ہیں۔

## FUNDUS OF UTERUS

قاع الرحم

یہ رحم کا بالائی چوڑا اور محدب حصہ ہوتا ہے جو کسی قدر سائے کی جانب جھکا ہوا اور صفات (باریطون) سے ملفوف ہوتا ہے

## BODY OF UTERUS

جسم الرحم

یہ قاع الرحم اور عنق الرحم کے درمیان کا حصہ ہے جس کی مقدم چٹھی سطح بالائی سپر پر صفات سے ملفوف ہوتی ہے اور مثانہ سے اعضاء دقاق کے ذریعہ علاحدہ رہتی ہے۔ لیکن زیریں لمب شاذ سے ملی ہوئی ہوتی ہے اس کی موخر سطح محدب ہوتی ہے اور صفات سے مکمل طور پر ملفوف ہوتی ہے۔ اس کے بالائی جانب قاذف، زیریں اور سائے کی جانب رباط مستدیر اور دونوں کے درمیان میض کارباط چسپاں ہوتا ہے۔

## UTERINE CAVITY

جوف رحم

رحم کا یہ حصہ مثلث ہوتا ہے جس کا قاعدہ بالائی جانب اور زاویہ زیریں جانب ہوتا ہے قاعدہ کے دونوں جانب قاذف کا باریک سوراخ ہوتا ہے، اور زیریں جانب اس کا اندرونی سوراخ ہوتا ہے جسے فرجی (INTERNAL OS) کہتے ہیں۔ جوف رحم کا یہ حصہ درمیان میں نسبتاً کشادہ لیکن اطراف میں تنگ ہوتا ہے۔

## عنق الرحم CERVIX

یہ رحم کا زیریں حصہ ہے جو مدور اور تنگ ہوتا ہے اس کے گرد مہبل کا بالائی حصہ محیط ہوتا ہے عنق الرحم کے بالائی سوراخ کو فرج رحمی INTERNAL OS کہتے ہیں، جو باکرہ میں مدور ہوتا ہے لیکن بعد میں آڑا ہو جاتا ہے۔ اس کے مقدم اور موخر جانب دو لب ہوتے ہیں۔ اگلاب دبیز اور پچھلا لب لمبا اور پتلا ہوتا ہے۔

عروق و شرائین: شریان رحمی (UTERINE ARTERY) شریان ترقعی باطن (INTERNAL ILIAC ARTERY) کی شاخیں ہوتی ہیں۔ اور مین میں شریان اعظم (ABDOMINAL - AORTA) کی شاخیں ہیں۔

وریدیں: ضغیرہ رحمیہ (UTERINE PLEXUS) کی شاخیں ہیں۔ اعصاب: مبیض کے اعصاب، ضغیرہ مبیض (OVARIAN- PLEXUS) اور عجز کے تیسرے اور چوتھے اعصاب (SACRAL NERVE) سے آتے ہیں۔

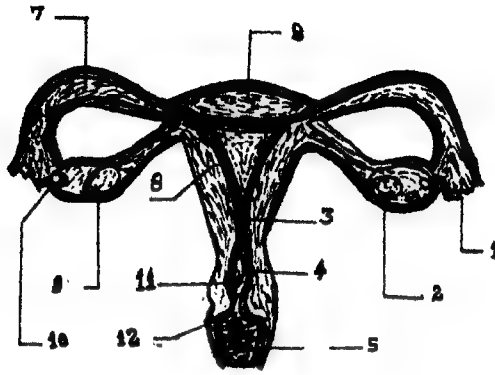
## قاذف FALLOPIAN TUBE

یہ دو تیلی نالیاں ہیں جو مادہ تولید کو مبیض سے رحم تک پہنچاتی ہیں۔ ان کی لمبائی تقریباً چار انچ ہوتی ہے۔ اور ان کا ایک سر رحم کے پہلوی حصہ کے بالائی جانب اور دوسرا صفاق کے جوف میں کھلتا ہے۔ قاذف کا اندرونی نصف حصہ بہت تنگ ہوتا ہے، مگر بیرونی جانب یہ شہنائی مانند پھیلا ہوا ہوتا ہے جس کے سرے پر جھال کی مانند بہت سے زواید محیط ہوتے ہیں ان کو جسم مشر مشر (FIMBRIA) کہتے ہیں ان زواید میں سے ایک مبیض سے متصل رہتا ہے لیکن یہ اس وقت مبیض کا خاص طور پر احاطہ کرتا ہے جبکہ مادہ تولید مبیض سے گر کر اس میں آ جاتا ہے۔

## مبیض (خصیۃ الرحم) OVARY

ان کی تعداد دو اور شکل بیضوی ہوتی ہے (جو بادام سے مشابہ ہوتی ہے) ہر ایک کا طول

ڈیڑھ انچ عرض تک اپنچ اور دبازت ۱۲ انچ ہوتی ہے اور وزن دو سے تین گرام تک ہوتا ہے۔



### ۳۔ اندرونی اعضا متناسل

FIMBRIA	۱۔ جسم مشر
CORPUS LUTEUM	۲۔ جسم اصغر
INTERNAL OS	۳۔ فم رحم
CERVICAL CANAL	۴۔ مجرای عنق الرحم
VAGINA	۵۔ مہبل
UTERINE FUNDUS	۶۔ قاع الرحم
AMPULLA OF FALLOPIAN TUBE	۷۔
MYOMETRIUM	۸۔ غشاء مبطن رحم
OVARY	۹۔ بیض
FOLLICLE	۱۰۔ حویضہ
CERVIX	۱۱۔ عنق الرحم
EXTERNAL OS	۱۲۔ فم مہبل



## دوسرا باب

# مریضہ کا معاینہ

## ہسٹری

مرض کی صحیح تشخیص اور علاج کے لیے معاینہ کے ساتھ مریضہ کی ہسٹری کے بارے میں بھی معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ لیکن نسوانی امراض کے بارے میں یہ امر ذرا مشکل ہے کہ چونکہ جب عورتوں سے ان کی تکلیفوں کے بارے میں سوال کیا جاتا ہے تو وہ اس کے بارے میں بتاتے ہوئے شرم محسوس کرتی ہیں، حالانکہ معالج کے لیے اس طرح کے سوالات کرنا ایک عادت سی بن جاتی ہے جس کا معالج پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ برخلاف اس کے جب عورتوں سے ان کے ذاتی حالات یعنی طہت یا جنسی تعلقات کے بارے میں دریافت کیا جاتا ہے تو وہ صحیح طور پر متا نہیں پاتیں۔ ایسی حالت میں معالج پر زمداری عاید ہوتی ہے کہ وہ مریضہ کو اس طرح اعتماد میں لے کر وہ اپنے حالات صحیح طور پر تفصیل کے ساتھ بیان کر سکے۔

## حالات سابقہ

مریضہ کے گزشتہ حالات کے بارے میں معلوم کرنا اتنا ہی ضروری ہے جتنا کہ موجودہ شکایات کے بارے میں، کیونکہ اس وقت وہ جن تکالیف میں مبتلا ہے، ممکن ہے کہ اس کے گزشتہ حالات (طہتی، تناسلی اور جنسی افعال) کے بارے میں صحیح طور پر معلوم کرنے سے تشخیص میں مدد مل سکے، مثلاً یہ کہ اگر وہ اس سے قبل آئشک یا سوزناک (VENEREAL-



(DISEASES) میں مبتلا ہو چکی ہے تو اس کے اثرات اس وقت بھی موجود ہو سکتے ہیں جیسا کہ سوزاک کی مریضہ میں دیکھا گیا ہے کہ ان عورتوں میں عقر (STERILITY) اور جماع ابیض مزمن (CHRONIC LEUCORRHOEA) بطن کے زیرین حصہ میں درد۔ وجع الظہر (BACKACHE) اور جماع مولم (DYSPARAUNIA) کی شکایات اکثر پائی جاتی ہے۔ اسی طرح آٹفک کی مریضہ میں بار بار اسقاط ہونے، اخراج کی شکایات اکثر پائی جاتی ہے۔ (PREMATURE LABOUR) اور جمیز (STILL BIRTH) کی ہسٹری ملتی ہے۔

بعض اوقات گذشتہ حمل یا وضع حمل کے نتیجے میں بھی بہت سی تکلیفیں ہو سکتی ہیں۔ اسی طرح استقرار حمل کی تعلل وضع حمل اور نفاس کی کیفیت سے بھی امراض کے بارے میں معلوم کیا جاسکتا ہے۔

سیلان مرضی، دھاق (تور)، اعضا متنازل، انقلاب الرحم، میلان رحم جیسے بعض عوارض ایسے ہیں جن کا تعلق گذشتہ وضع حمل سے ہو سکتا ہے اور اس کے نتیجے میں یہ تکلیفیں بھی ہو سکتی ہیں۔

## موجودہ شکایات

عام طور پر نسوانی امراض میں تین اہم عوارض ہوا کرتے ہیں۔ جریان دم، درد اور سیلان خواہ یہ عوارض ایک ساتھ ہوں یا ان میں سے کوئی ایک۔ چونکہ نظام بولی اس سے متعلق ہوتا ہے اس لیے نسوانی امراض کے ساتھ ساتھ بولی عوارض بھی ہوا کرتے ہیں لہذا ان سب کے بارے میں تفصیل کے ساتھ معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔

### BLEEDING

## جریان دم

جریان دم کا تعلق طث سے بھی ہو سکتا ہے اور یہ صورت غیر طثی بھی ہو سکتی ہے۔ غیر طثی جریان دم رحم سے بھی ہو سکتا ہے اور رحم کے علاوہ عرق الرحم، مہبل، مثانہ یا مقعد سے بھی بعض اوقات مریضہ بول الدم (HAEMATURIA) یا مقعد سے ہونے والے نرف کو بہلی نرف سمجھ لیتی ہے۔ لہذا اس کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے تاکہ نرف کے صحیح مقام کا پتہ لگ سکے۔ اگر جریان دم کا تعلق طث سے ہو تو اس کے بارے میں معلوم کرنا چاہیے۔ غیر متواتر

ہونے کی کیفیت معلوم کی جائے۔ دورہ طث کی مدت معلوم کرنے کے لیے طث کے پہلے دن سے دوسرے طث کے پہلے دن تک کی مدت شمار کی جائے۔ اس مدت کے دوران چند دنوں بیڈنگ ہوتی ہے اور باقی دنوں میں نہیں ہوتی۔ ہر طثی دور کے دوران بیض سے ترشح ہونے والے ہارمونز کے نتیجے میں غشاءِ مبطنِ رحم کی نشوونما ہوتی ہے اور پھر اس کے بعد

EXFOLIATION ہوتا ہے۔ اس لیے طث میں بے ضابطگی کے دو ہی اسباب ہو سکتے ہیں اول غشاءِ مبطنِ رحم (ENDOMETRIUM) کی گروتھ میں خلل دوسرے اس کی پرت کا اخراج یعنی EXFOLIATION میں خلل کا ہونا۔ طث کے دوران خارج

ہونے والے خون کے بارے میں بھی معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ بعض عورتیں دن میں کئی کئی بار پیڈ تبدیل کرنے کی عادی ہوتی ہیں۔ حالانکہ خون کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ پیڈ پوری طرح تر ہو جائیں۔ لہذا پیڈ کی تعداد معلوم کرتے وقت یہ بھی معلوم کرنا چاہیے کہ وہ ہر بار تر ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اگر خون کے بڑے ٹھکے خارج ہوتے ہیں تو یہ زیادتی طث کی علامت ہو کر رہتی ہے۔ اگر ایک عرصہ تک مسلسل جریانِ دم ہو تو عام طور پر یہ صورت رحم کے افعال کی خرابی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ بعض اوقات جریانِ دم کا سبب اسقاطِ حمل متنبذ خارج رحم استقرار حمل (ECTOPIC PREGNANCY) سرطانِ علقِ الرحم یا سرطانِ جلی

FIBROID یا پولیپِ مخاطی URETHRAL CARUNCLE

یا VASCULAR EROSION بھی ہوا کرتا ہے۔

PAIN

درد

نسوانی امراض کے نتیجے میں درد عموماً بطن کے زیریں حصے یا پشت، کمر کے نچلے حصے یا عجزی (SACRAL) حصے میں ہوتا ہے درد کی ابتدا، نوعیت، طث اور مہاشرت سے اس کا تعلق معلوم کرنے سے تشخیص میں کافی مدد مل سکتی ہے۔ چنانچہ یہ دیکھا گیا ہے کہ شق ہو جانے والے حمل متنبذ میں درد یک بارگی شروع ہوتا ہے جو شدید قسم کا اور بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ التهابِ زایدہ حاد (ACUTE APPENDICITIS) ورمِ قاذبین حاد، کیسرہ جی، یا SUBSEROUS FIBROMYOMA کے PEDICLE میں یا HYDROSALPINX میں بل پڑ جانے کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

التهاب عانہ ENDOMETRIOSIS 'رحم یا بیض (خصیۃ الرحم) میں ہونے والی نئی گروہ میں درد بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ جو مزمن اور DULL ہوتا ہے۔ ابتدائی عسر طمث تشفی میں درد طمث شروع ہونے سے ایک دن قبل یا طمث شروع ہونے کے ساتھ ہی شروع ہوتا ہے اور چند گھنٹوں یا دو ایک دن میں ختم ہو جاتا ہے۔ طمث شروع ہونے سے قبل شدید قہم کا درد جو طمث شروع ہونے کے بعد بتدریج کم ہوتا جائے عام طور پر عانہ میں بچنے والے اجتماع دم کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے، اور یہ اجتماع دم عانہ میں ہونے والے التهاب یا کمی نئی گروہ (سلسلہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اجتماع دم کی وجہ سے ہونے والا درد جو طمث کے شروع ہونے سے قبل ہوتا ہے اور طمث کی مکمل مدت یا اس کے بعد بھی کئی دنوں تک باقی رہتا ہے۔ شروع ہونے کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ PELVIC ENDOMETRIOSIS

جماع مومل (DYSpareunia) کے نتیجے میں ہونے والا درد یا تو منفذ (INTROITUS) پر ہوتا ہے یا دخول کے بعد بطن کے زیریں حصہ میں محسوس کیا جاتا ہے۔ اول الذکر کا سبب عام طور پر عجان اور LAVATOR ANI کا انقباض ہوا کرتا ہے۔ لیکن زیادہ تر عورتوں میں اس کا سبب نفسیاتی ہی ہوتا ہے اور عام طور پر یہ صورت خوف اور نفرت کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔

التهاب عانہ RETROVERSION اور PELVIC ENDOMETRIOSIS کی حالت میں وجع النظر ایک مستقل علامت ہوا کرتی ہے۔ بعض عورتیں وضع حمل کے بعد عجزی عصعی یا قطنی عجزی تناؤ کے نتیجے میں بھی اس مرض میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔

## سیلان DISCHARGE

عورتوں کو یہ شکایت اکثر ہو جایا کرتی ہے۔ لہذا اس کی نوعیت کے بارے میں معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ اس کی ابتدا، اس کی کیفیت یعنی رک رک کرتا ہے یا دورے کی شکل میں یا مسلسل ہے، مائی ہے یا غامی — غامی قہی یا قہی یا خون آمیز۔ اس میں بول تو نہیں ہر رک کر دورے کی شکل میں ہونے والا غامی سیلان عام طور پر طمث سے قبل یا اس کے بعد عرق الرحم سے ارتشاح بڑھ جانے کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ بعض اوقات شدید قسم کا غامی یا غامی قہی سیلان زندگی کے بعد عرق الرحم کچھ انشقاق، ENDOCERVICITIS ECTROPION

یا تاکل (EROSION) کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ سوزاک حاد یا اسقاط کے بعد ہونے والی عفونت میں قحطی سیلان ہوتا ہے۔ اگر اس میں یہ بوگی ہو تو اس سے عتق الرحم یا مہل میں زخم کے ہونے کا پتہ چلتا ہے۔ یہ زخم عتق الرحم کے کینسر، پڑی رہ جانے والی پسری یا جسم غریب (FORE-IGN BODY) کے نتیجے میں ہو سکتا ہے۔

مندرجہ بالا عوارض کے علاوہ بعض عورتوں میں بونی عوارض بھی ہوتے ہیں، چنانچہ سوزش کے ساتھ پیشاب کا بار بار ہونا عام طور پر سوزاک کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ URETHRAL CARUNCLE ہو طغشار غاطی مجری بول اور حاة مجری بول میں بھی پیشاب تکلیف کے ساتھ بار بار ہوتا ہے قفق مثانی (CYSTOCLE) کی حالت میں شانہ کے خانی ہو جانے کے بعد تکلیف کا احساس ہوتا ہے۔ اور ایسی حالت میں پیشاب کے اکٹھا رہنے کی وجہ سے تعدیہ ہو جاتا ہے۔ جو بار بار التهاب شانہ (CYSTITIS) کا سبب بنتا ہے۔

## بطنی معائنہ ABDOMINAL EXAMINATION

### نظری معائنہ

معائنہ کے وقت مریضہ کا ظور شانہ کی حالت میں ہونا بہت ضروری ہے۔ ورنہ بھرا ہوا شانہ بطن وہیل کا معائنہ کرتے وقت اکثر کاوٹ دپریشانی کا سبب بنتا ہے۔ معائنہ کے لیے مریضہ کو پشت کے بل اس طرح لٹایا جائے کہ اس کا بطن پسلیوں تک کھلا ہوا ہوتا کہ زیر ناف کی تقسیم اور LINEA ALBA کے ارد گرد، یا بطن پر ہونے والے غیر طبعی گردتہ کا پتہ لگ سکے۔ (عورتوں میں موزیر ناف کا اوپری کنارہ محدب ہوتا ہے۔ اور LINEA ALBA کے ارد گرد بال نہیں ہوتے) اگر کسی آپریشن کا نشان ہو تو اس کے بارے میں بھی معلوم کیا جائے۔ بطن کے بڑھے ہوئے ہونے کے چار اسباب ہو سکتے ہیں۔ (۱) سلعہ (ٹیومر) (۲) سیال (۳) نفخ ریحی (دم) سمن مفراط، ٹیومر کی حالت میں بطن کا ابھار گیند نما ہوتا ہے جبکہ سیال کی حالت میں درمیانی حصہ کی بہ نسبت کمرے زیادہ ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ نفخ ریحی میں منبسط دریدیں نظر آتی ہیں۔

## PALPATION

## تجسس

اس کے لیے بات ذہنی میں رکھنی چاہیے کہ بطن کو انگلیوں کے کنارے سے محسوس کیا جائے  
 درہ عضلات میں انقباضی کیفیت پیدا ہونے کی وجہ سے محسوس کرنے میں دقت ہوتی ہے۔ بہتر یہی ہے  
 کہ ہاتھ کو بطن پر پوری طرح پھیلا کر رکھا جائے۔ بطن کا زیریں حصہ محسوس کرنے سے قبل کید، مرادہ، طحال  
 اور کلیہ کی کیفیت بھی معلوم کی جائے۔ بطن کے زیریں حصہ کو محسوس کرتے وقت HYPOGASTR  
 IAC FOSSAE اور IC REGION میں نرمی، سختی اور دم کے بارے میں معلوم کیا  
 جائے۔ اگر TENDERNESS کے ساتھ سختی بھی ہو تو اس سے دم حاد کا پتہ چلتا ہے  
 ٹیومر نہ تو نرم ہوتے ہیں اور نہ ان میں سختی ہوتی ہے تاؤ فیکہ ان میں ثانوی تبدیلی پیدا ہو جائے  
 اگر بطن کے زیریں حصہ میں دم ہو تو اس کی کیفیت کے بارے میں معلوم کیا جائے۔ اگر دم  
 التهاب فاؤن (SALPINGITIS) التهاب باریطون رحمی (PERIMETRITIS)  
 دم مجاورات رحم (PARAMETRITIS) کے نتیجے میں ہو تو وہ پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اس  
 کے کنارے نمایاں نہیں ہوتے۔ دم میں زودحسی اور صلابت عام طور پر پائی جاتی ہے لیکن نئی گروتھ کے  
 نتیجے میں ہونے والا دم بخوبی معلوم کیا جاسکتا ہے۔

بڑھا ہوا رحم عام طور پر HYPOGASTRIC REGION میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔  
 اس کی سطح ہموار یا گره دار ہوتی ہے۔ یہ نرم یا سخت ہوتا ہے۔ اسے حرکت دی جاسکتی ہے یا  
 ہوتا ہے۔ رحمی سلعات اگر چھوٹے ہوں تو جانی حصہ میں محسوس کیے جاسکتے ہیں۔ لیکن بڑے ہوں تو  
 پورے بطن میں ان کا دم پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اس کے کنارے بخوبی معلوم کیے جاسکتے ہیں اور سطح  
 گره دار ہوتی ہے۔ لیکن چھوٹے ٹیومر جن میں PEDICLE ہوں انھیں باسانی حرکت دی جاسکتی ہے۔

## PERCUSSION

## قرع

بہتر یہی ہے کہ یہ عمل پہلے پسلیوں سے شروع کر کے نیچے کے جانب کیا جائے۔ تاکہ تفریق باسانی

کی جائے رجمی MYOMATA یا کیسہ ہونے کی حالت میں میں قرق کرنے پر آواز NULL ہوگی لیکن کوکے پر آواز RESONANT ہوگی۔ اگر استقامت، سلمات خبیثہ یا التهاب باریطون کے نتیجے میں ہو تو ایسی صورت میں قرق کرنے پر آواز TEMPANIC ہوگی

### دو دستی معائنہ BIMANUAL EXAMINATION

اس معائنہ کے لیے مریضہ کو پشت کے بل لیٹا یا جائے۔ معائنہ کرنے والا مریضہ کی داہنی جانب کھڑا ہوا اور اپنے ہاتھ کو معائنہ کے لیے استعمال کرے۔ پہلے ہہیل میں سہا بے اور وسطی کو داخل کر کے ہہیل کی لمبائی معلوم کی جائے اگر ہہیل کی لمبائی کم ہے تو اس سے اعضاء تناسل کی ناکمل بالیدگی کا پتہ چلتا ہے۔ اگر عرق الرحم دراز ہو یا ہہیل میں کوئی گروٹھ ہو تو انگلیوں کو پوری طرح داخل کرنا مشکل ہوگا۔ ہہیل کے بعد عرق الرحم کے ہہیلی حصہ کو محسوس کیا جائے۔ یہ عام حالت میں گرہ کی مانند محسوس ہوتی ہے، لیکن اگر اس میں ورم ہو تو اس کا رخ، سائز، شکل، سطح، بناوٹ اور حرکت کے بارے میں معلوم کرنا چاہیے۔ عرق الرحم کا رخ عام طور پر نیچے اور پشت کی جانب ہوتا ہے۔ اگر POUCH OF DOUGLAS میں کوئی ورم ہو تو عرق الرحم سائے کی جانب آجاتی ہے اور لحم مانی کے پیچھے مشکل سے محسوس کی جاسکتی ہے۔ یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ عرق الرحم کی وضع سے رحم کے بارے میں کوئی رائے نہیں قائم کی جاسکتی۔ فطری نمو یافتہ عرق الرحم بیلن کی طرح، اور غیر فطری نمو یافتہ غزوطی ہوتا ہے۔ عرق الرحم کی سطح، قدیمی اور خلقی لب عموماً کچلے ہوتے ہیں۔ نم ہہیلی درمیان میں ہوتا ہے۔ معذور الحمل (NULLIPARA) عورتوں میں اس کی شکل مدور ہوتی ہے۔ اور صحیح طور پر نمونہ ہونے کی صورت میں یہ بہت چھوٹی اور تنگ ہوتی ہے۔ کثیر الحمل عورتوں میں یہ ایک تنگ کاف کی مانند ہوتی ہے۔ اگر عرق الرحم میں انشعاق، زخم یا تامل ہو تو اس کی سطح نا ہموار ہوا کرتی ہے۔ طبیعی عرق الرحم مٹوس ہوتی ہے۔ لیکن حمل کے دوران یہ نرم ہو جاتی ہے۔

یا کسی دوسری نئی گروٹھ ہونے کی حالت میں سخت، اور کیسہ ہونے کی حالت میں نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والی ہوتی ہے۔ عرق الرحم کی حرکت کے بارے میں اسے ایک جانب سے دوسری جانب اور اوپر سے نیچے کی جانب بہت آہستہ سے حرکت دے کر معلوم کیا جاسکتا ہے۔ طبیعی حالت میں اسے حرکت دینے سے مریضہ کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن اگر وہ ورم مجاورات رحم یا کیسہ کے نتیجے میں ہونے والے INFILTRATION کے نتیجے میں جزدی یا کلی طور پر چسپاں ہو تو

اس کی حرکت محدود اور تکلیف دہ ہوتی ہے۔

عق الرحم کے بعد جسم رحم کو محسوس کرنا چاہیے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کے سروں کو ANTERIOR FORNIX کی جانب اور دوسرے ہاتھ کی انگلیوں کو HYPOGASTRIC REGION پر پھیلا کر رکھا جائے۔ اگر رحم میں میلان قد امی (ANTEVERSION) ہے تو اس طرح معائنہ کرنے پر وہ دونوں انگلیوں کے درمیان یا ایک ٹھوس ورم کی مانند محسوس ہو گا۔ اگر RECTI کو فرنی یا نفخ کے نتیجے میں محسوس کرنے میں دقت ہو تو مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کے سروں کے ذریعہ مہبل کو دبایا جائے تاکہ رحم بطین کی دیوار کی جانب آ سکے۔ یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ قد امی FORNIX میں صرف میلان ہی کو محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ خلفی FORNIX سے میلان قد امی اور میلان خلفی دونوں ہی محسوس کیے جاسکتے ہیں۔

رحم کی وضع کے ساتھ ساتھ اس کا سائز، بناوٹ، سطح، ماہیت اور حرکت کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے، صحیح طور پر نشوونما نہ ہونے کی حالت میں رحم کا سائز کم زیادہ ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات یہ طبعی رحم سے تھوڑا متھوڑا اور بعض اوقات بہت جھوٹا ہوتا ہے۔ التهاب، نئی گروتہ اور اس کے جوفی میں قح یا خون ہونے کے نتیجے میں بھی اس کا سائز بڑھ جاتا ہے۔ اسی طرح مختلف سبب و حالات کے نتیجے میں شکل اور سطح میں تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ چنانچہ حمل کی حالت میں اس کا سائز تو بڑھتا ہے لیکن سطح ایک ہی جیسی ہوتی ہے اور MULTIPLE FIBROMYOMATA ہونے کی حالت میں سطح نا ہوا اور گرہ دار ہوتی ہے۔ اور شکل مکمل طور پر بگڑی ہوئی ہوتی ہے۔

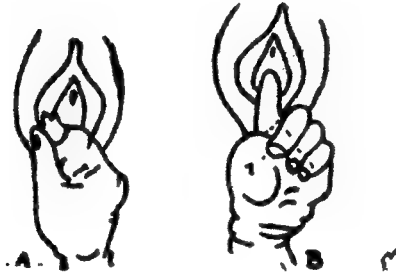
طبعی رحم ٹھوس ہوتا ہے لیکن حمل کے دوران وہ نرم اور پلکدار ہو جاتا ہے۔ اور فائبروسس یا نئی گروتہ ہونے کی حالت میں سخت ہوتا ہے۔ رحم کی حرکت معلوم کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ اسے ایک جانب سے دوسری جانب اور اوپر سے نیچے حرکت دی جائے۔ اگر رحم اپنے مجاورات سے چسپاں ہو جیسا کہ التهاب فاذین، التهاب غشاء الرحم یا کینسر کی حالت میں ہوتا ہے، تو اس کی حرکت محدود ہوتی ہے۔ رحم میں ہونے والے ٹومر کو ہر سمت بخوبی حرکت دی جاسکتی ہے۔ جب رحم دونوں جانب کے سلعات میں سے گھرا ہوا ہو تو عق الرحم میں حرکت اتنی آسانی سے نہیں ہو پاتی جیسا کہ سلعات جملی میں ہوا کرتی ہے۔

مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کو پہلے ایک جانب کے FORNIX پھر دوسری جانب کے

FORNIX کی طرف موڑ کر کلاڈ اور بیض (خصیۃ الرحم) کو محسوس کیا جاسکتا ہے۔ طبعی قاذف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور عام طور پر انھیں محسوس نہیں کیا جاسکتا، لیکن جب دم کی وجہ سے ان میں دہازت آجائے یا تخون یا رطوبت اکٹھا ہو جائے تو انھیں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسی طرح طبی مبین (خصیۃ الرحم) محسوس کی سکی جاسکتی ہے اور نہیں سکی۔ بائیں جانب کے مبین کے قریب SIMO ID COLON ہونے کی وجہ سے اس کی بہ نسبت داہنے جانب کی مبین کو بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے انھیں دیوار عانہ کے جانی حصے کے قریب TENDER اور چھوٹے پادام کی شکل میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔

### منظار کے ذریعہ معائنہ

منظار (SPECULUM) کے ذریعہ معائنہ کرنے سے قبل شفران کو علاحدہ کر کے



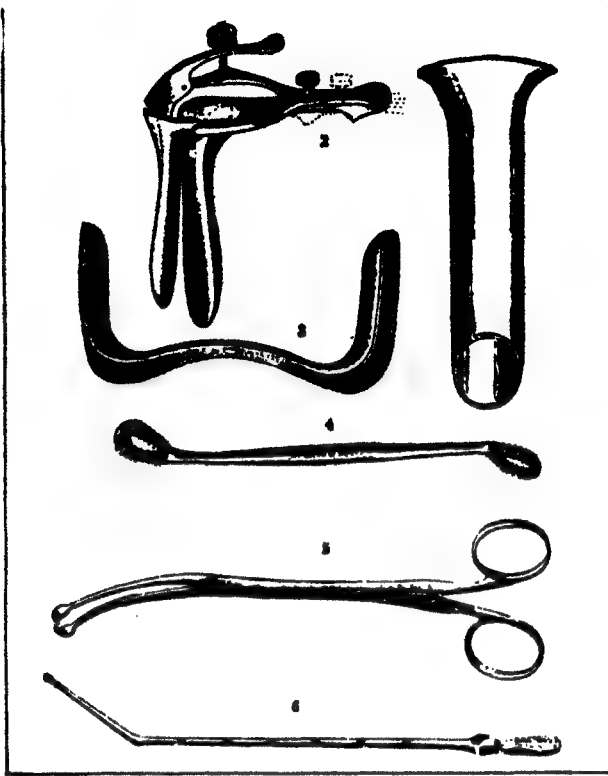
A- Palpation of Bartholin's Gland

B- Palpation of Urethra

۴۔ غدہ بارٹولین اور مجرایے بول کی کیفیت معلوم کرنا۔  
منفذ کا معائنہ کیا جائے۔ مقامی نقص ساخت مثلاً غشاء بکارت اور مہل کی کیفیت معلوم کی جائے۔ اگر غدہ بارٹولین بڑھے ہوئے ہوں تو انھیں بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ مجرایے بول کی کیفیت بھی معلوم کی جائے تاکہ کسی بھی التهاب یا سلعہ کے بارے میں معلوم ہو سکے۔

منظار کی بہت سی قسمیں ہوتی ہیں لیکن BIVALVE کا استعمال زیادہ بہتر ہے کیونکہ یہ تکلیف دہ نہیں ہوتا۔ منظار کے ذریعہ عقی الرحم کی کیفیت معلوم کرنی چاہیے۔ معلوم المحسل





۵۔ منظار اور دیگر آلات

NULLIPAROUS) جن عورتوں میں فم بہیل مدور ہوتا ہے۔ رحم کی صحیح طور پر نمو (ڈیولپ) نہ ہونے کی حالت میں عنق الرحم مخروطی ہوتی ہے۔ فم رحم بہت چھوٹا اور تنگ ہوتا ہے کثیر الحمل عورتوں میں فم بہیل ایک آڑے شکاف کی مانند نظر آتا ہے۔ اگر وضع حمل کے دوران عنق الرحم شقی ہو گیا ہو تو یہ انشقاق جانی FORNIX تک نظر آتا ہے۔ ان کے کنارے باہر کی جانب مڑے ہوئے ہوتے ہیں جیسے ECTROPION کہا جاتا ہے۔ بعض اوقات ایسا نہیں بھی ہوتا۔ عنق الرحم میں پانی جانے والی عام مرضی صورت تامل (EROSION) ہے جو عنق الرحم کے مقدی یا موخری حصہ یا دونوں دونوں پر سرخ ایریا کی شکل میں نظر آتا ہے۔ یہ چکنا، مغل کی مانند یا PAPILLARY ہوتا ہے منظار یا پردہ کے چھو جانے سے اس سے نرف نہیڈا ہوتا۔ بعض اوقات عنق الرحم یا بہیل پر خبیث

(MALIGNANT) یا غیر خبیث (BENIGN) زخم ہو سکتے ہیں۔ ان دونوں میں فرق یہ ہے کہ خبیث زخم کو ذرا سا بھی چھو دینے سے اس میں سے خون نکلتے لگتا ہے اور وہ نازک اور

آسانی سے لٹٹنے والا ہوتا ہے۔

جوف رحم کی لمبائی اور وضع معلوم کرنے کے لیے UTERINE SOUND استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات رحم کے میلان خلفی (RETROVERSION) کو درست کرنے کے لیے بھی UTERINE SOUND کی مدد لی جاتی ہے۔

### مقعدی بطنی RECTO-ABDOMINAL معائنہ

یہ معائنہ اس وقت کیا جاتا ہے جبکہ دودستی معائنہ ممکن نہ ہو جیسا کہ باکرہ یا غشاء بکارت کے غیر مشغوب ہونے یا نہی کی عدم موجودگی کی حالت میں ہوتا ہے۔ معائنہ کے اس طریقے میں POUCH OF DOUGLAS اور رباطا عرض BROAD LIGAMENT بہت آسانی کے ساتھ محسوس کیے جاسکتے ہیں۔ چنانچہ POUCH OF DOUGLAS میں درم ہونے کی حالت میں، یا سرطان رحم کی حالت میں معائنہ کے لیے یہی طریقہ بہتر ہے۔ انقلاب رحم (INVERSION) کی حالت میں یہ طریقہ ہمیلی معائنہ کی بر نسبت زیادہ معاون ثابت ہوتا ہے۔



تیسرا باب

# عورتوں کی زندگی کے مختلف دور

## شاب (ADOLESCENCE (PUBERTY)

یہ عورت کی زندگی کا وہ زمانہ ہے جبکہ وہ بچپن سے بلوغت کے دور میں داخل ہوتی ہے۔ یہ زندگی کا انتہائی اہم زمانہ ہوتا ہے جبکہ بہت سی جسمانی اور ذہنی تبدیلیاں وجود میں آتی ہیں پہلا طمٹ جسے MENARCH کہا جاتا ہے اسی دور میں ہوتا ہے جسمانی نمو اور جنسی بلوغت کے نتیجے میں جذباتی اور نفسیاتی تبدیلیاں وجود میں آتی ہیں جو ذہنی توازن کو اس وقت تک برقرار رکھنے کے لیے بہت اہمیت کی حامل ہوتی ہیں تاوقتیکہ سن یا اس شروع نہ ہو جائے۔

اس دور میں ہونے والے جسمانی تغیرات پیچیدہ ہوتے ہیں۔ اور ان کا انحصار نظام باطن الافراز (ENDOCRINE SYSTEM) کے علاوہ بہت سے دوسرے امور پر بھی ہے۔ مثلاً بچپن میں تغذیہ کی کیفیت، سن بلوغت سے قبل اور دوران، طویل علالت، اور بعض اوقات آب و ہوا کا بھی اثر پڑتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایک ہی ماں باپ کے تمام بچوں کی ذہنی صلاحیت ایک جیسی نہیں ہوتی۔ اس کے برخلاف اعضاء تناسل کے نقص نمو کا عام سبب نقص تغذیہ ہی ہوا کرتا ہے جس کے نتیجے میں طبعی نشوونما میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اس دور میں ہونے والی جسمانی تبدیلیاں چار قسم کی ہوتی ہیں۔

## ۱۔ اعضاء تناسل میں ظاہر ہونے والی تبدیلیاں

اس دور میں شہوان گیر گنبد نما ہو جاتے ہیں اور اس کے اوپر غچی تہہ بن جاتی ہے جسے لحام عانی کہا جاتا ہے۔ مہبل کی لمبائی اور چوڑائی بڑھ جاتی ہے۔ FORNICESS گہرے ہو جاتے ہیں اور وہاں کی غشاء مخاطی چھری دار ہو جاتی ہے۔ اس کی بشرہ (EPITHELIUM) میں بہت سی تہہ

آجاتی ہیں اور اس کے خلیات میں گلائیکوجن اکٹھا ہونے لگتا ہے VAGINAL FLORA میں بھی بہت سی اہم تبدیلیاں واقع ہوتی ہیں۔ بچپن میں اس میں DODERLEIN BACILLI نہیں ہوتے بلکہ GRAM POSITIVE اور DIPLO COCCI ہوتے ہیں۔ لیکن اس زمانے میں اس میں تبدیلی آجاتی ہے۔ جہل کی رطوبت میں تیزابیت پیدا ہو جاتی ہے اور DODERLEIN BACILLI بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔

رحم اور علق الرحم میں بھی اہم تبدیلیاں ظاہر ہوتی ہیں۔ بچپن میں علق الرحم، جسم رحم سے بڑا ہوتا ہے۔ لیکن اس دور کے شروع ہوتے ہی اس میں تبدیلی شروع ہو جاتی ہے اور ۱۴ سال کی عمر میں جسم رحم سے زیادہ طویل ہو جاتا ہے۔

پہلے طث کے وقت ایسٹروجن کے اثرات کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم کے خلیات میں تکثر PROLIFERATION شروع ہو جاتا ہے۔ پہلے طث کے بعد کچھ عرصہ تک طث تبویض OVULATION کے بغیر ہوتا ہے اور جسم اصغری غیر موجودگی کی وجہ سے غشاء مبطن رحم (ENDOMETRIUM) کا ارتشاح معدوم ہوتا ہے۔ علق الرحم کی بضرہ میں تبدیلی ہونے کے نتیجے میں ENDOCERVIX برغدد آجاتے ہیں۔

## ۲۔ ثانوی جنسی تبدیلیاں

سب سے پہلے مشران کیسرہ بال نکلتے ہیں اس کے بعد مادہ اور بغل میں بھی بال نکل آتے ہیں لیکن ANDERSEN اور ایسٹروجن کے توازن کے بمقارر رہنے کی وجہ سے جسم کے دوسرے حصہ پر بال نہیں نکلتے۔

پستان میں ظاہر ہونے والی تبدیلیاں جلد ظاہر ہوتی ہیں تقریباً دس سال کی عمر میں نیل جو پہلے چٹا ہوتا ہے، ایک چھوٹے 'CONE' کی شکل میں ابھرتا ہے جس کے سرے پر AREOLA بھی ہوتا ہے۔ 'CONE' دھیرے دھیرے ابھرنا جاتا ہے اور آخر میں مدور ہو جاتا ہے۔ اس عمر میں پستان کے اندر صرف غم اور نالیاں ہوتی ہیں لیکن جب تبویض کے بعد طث شروع ہوتا ہے تو PROGESTERONE کے اثرات کے نتیجے میں غدد بھی آجاتے ہیں۔

### ۳۔ غظمی تبدیلیاں

قد اور وزن تیزی کے ساتھ بڑھے لگتا ہے۔ کھولے چوڑے ہونے لگتے ہیں۔ کولہوں پر خیم اکٹھا ہونے لگتا ہے۔ زنا نہ زیادہ عاز کے بننے کا انحصار ایسٹروجن اور ANDROGEN کے تناسب پر ہوتا ہے۔

### ۴۔ عام تبدیلیاں

جس طرح جنسی تبدیلیوں کا انحصار متوازن نظام باطن الافراز (ENDOCRINE - SYSTEM) کے علاوہ دوسرے امور پر ہے اسی طرح انفرادی ماحول کا بھی اس پر کافی اثر پڑتا ہے۔ چنانچہ اگر زندگی کے اس دور میں لڑکیوں کی صحیح طور پر رہنمائی کی جائے تو وہ بغیر کسی ذہنی فعل کے نسوانیت کو پوری طرح قبول کر لیتی ہیں اور اپنی عملی زندگی میں اپنے تمام جذبات و خواہشات پر توازن کے ساتھ قابو رکھتی ہیں۔ لیکن بد قسمتی سے موجودہ دور میں لڑکیوں کی صحیح طور پر رہنمائی ہو نہیں پاتی جس کے نتیجے میں ان کی زندگی میں خوف و ہراس کے عناصر شامل ہو جاتے ہیں اور وہ جنس، حمل اور وضع حمل میں ہونے والی تبدیلیوں میں اپنے آپ کو ADJUST نہیں کر پاتی۔ لہذا اس بات کی ضرورت ہے کہ انہیں اس دور میں ہونے والی جسمانی تبدیلیوں سے نہ خوفزدہ کیا جائے اور نہ چشم پوشی کی جائے۔ کیونکہ یہ دور ایسا ہوتا ہے جبکہ کردار اور شخصیت کی تخلیق ہوتی ہے۔ اس لیے ایسے وقت میں والدین کی جانب سے صحیح رہنمائی نسوانیت کو بہت اعتماد کے ساتھ قبول کرنے کے لیے معاون ثابت ہوتی ہے۔

اس دور میں ہونے والے ابتدائی عسر طث اور دیگر طبی عوارض کے لیے بہت زیادہ دوا میں

استعمال کرانے سے پرہیز کیا جائے صرف شدید قسم کے FUNCTIONAL BLEEDING کا ملاح ہارمونز کے ذریعہ کیا جائے MALE HORMONES قطعی استعمال نہ

کرائے جائیں اور نہ ایسٹروجن ہی زیادہ دلوں تک دیا جائے کیونکہ اس کا اثر غده خنامیہ کے افعال پر ہوتا ہے۔ عموماً ان کے علاج کے لیے صرف فولاد کے مرکبات اور B. COMPLEX ہی کافی ہے۔

## سن بلوغ کے دوران ظاہر ہونے والے عوارض

### PRECOCIOUS PUBERTY

جب ۸ سال سے کم عمر کی بچی میں ثانوی علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں اور طمث شروع ہو جاتا ہے تو ایسی حالت میں PRECOCIOUS PUBERTY کہا جاتا ہے۔ بعض بچوں میں اس سے کم عمر میں بھی طمث دیکھا گیا ہے۔ طمث شروع ہونے سے جنسی بلوغت کا پتہ چلتا ہے۔ ان بچیوں میں ثانوی جنسی تبدیلیاں بھی موجود ہوتی ہیں۔

بعض اوقات مبيض کے GRANULOSA CELL TUMOUR سے ایسٹروجن کے کثرت ارتشاح کے نتیجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ٹیومر اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ انھیں معائنہ کے وقت محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ بعض اوقات HYPOTHALMIC یا ADRENAL TUMOUR بھی اس کا سبب ہوتے ہیں۔ لیکن ایسا بہت ہی کم ہوتا ہے۔

بعض بچوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ثانوی علامتیں تو ظاہر ہوتی ہیں لیکن طمث نہیں شروع ہوتا یا غیر منظم طریقے پر سرخ رنگ کی رطوبت خارج ہوتی ہے لیکن ثانوی علامتیں نہیں ہوتیں۔ اس لیے بہتر یہی ہے کہ دیر غمی کے بعد معائنہ کر کے جریان دم کا صحیح سبب معلوم کیا جائے۔ اس طرح سے جنسی اعضا کی بلوغت، مبيض میں ہونے والی نئی گروتھ ہیبلی زخم یا ہیبلی میں ہونے والی نئی گروتھ کے بارے میں معلوم ہو جائے۔

### بلوغت کا معدوم ہونا

یہ صورت غدد باطن الافراز (ENDOCRINE) کی خرابیوں کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ جیسا کہ LORAIN'S SYNDROME یا CRETINISM میں دیکھا گیا ہے۔ اسی طرح ADRENAL CORTEX TUMOUR کے نتیجے میں نہ صرف یہ کہ بلوغت رک جاتی ہے بلکہ مردوں جیسی علامتیں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔

## بلوغت میں تاخیر

اگر ۱۷ سال کی عمر کے بعد بھی طث شروع نہ ہوا ہو تو اسے *DELAYED PUBERTY* تصور کیا جاتا ہے۔ اگر غیر معتد ذہنی اور جسمانی ماحول یا بعض امراض کے نتیجے میں طث تاخیر سے شروع ہو تو ان لڑکیوں میں ثانوی علامتیں بہر حال نمایاں طور پر موجود ہوتی ہیں۔ غفلت کی تھکاوٹ سے مالی جسمانی محنت، ذہنی تھکان، شدید قہم کا انبساط، ٹیبلٹی، مزمن ملیں یا وہ اسی طرح کے دیگر اسباب کے نتیجے میں بھی طث دیر سے شروع ہو سکتا ہے۔ لیکن جب ان اسباب کو دور کر دیا جاتا ہے تو طث جاری ہو جاتا ہے۔ اگر جنسی اعضاء کے صحیح طور پر نمو پانے کے باوجود طث میں تاخیر ہو اور ساتھ ہی ساتھ ثانوی علامتیں بھی نہ ہوں تو ان عورتوں میں نتیجہ اچھا نہیں نکلتا۔

## سن بلوغ میں ہونے والا کثرت طث

بعض عورتوں میں شدید قسم کا *METRRHAGIA IN MENORRHAGIA* ہوتا ہے جو کئی ہفتہ تک مسلسل قائم رہتا ہے۔ اس کا سبب فٹا، مطلق رحم کا ہیجان ہے جو ایسٹروجن کے نتیجے میں آکر رہتا ہے۔ یہ ایسٹروجن پختہ حویصلہ سے بغیر تبولین (OVULATION) اور *LUTEINIZATION* کے خارج ہوتا ہے۔ اس کے نتیجے میں بعض اوقات شدید قسم کا *BLOOD TRANSFUSION* (نیسیا بھی ہو جاتا ہے جس کے لیے مزید دم ادویات اور اکثر *BLOOD TRANSFUSION* کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔

## طث

### MENSTRUATION

دورہ لے ساتھ ہونے والے جریان دم کی دو قسمیں ہوتی ہیں: تبولین (مستطوبہ) کے ساتھ اور بغیر تبولین کے تبولین کے ساتھ ہونے والے جریان دم میں پہلے حویصلہ پختہ ہوتا ہے۔ اس کے بعد بیضہ کا اخراج ہوتا ہے۔ اور پھر جسم اصغر (*CORPUS LUTEUM*) بنتا ہے۔ بلیڈنگ نشاء مطلق دم سے ہوتی ہے جس کا سبب ابتدا میں ایسٹروجن اور بعد میں پروجیسٹروجن ہوتا ہے۔ یہ وقت بار آورمی (انحصاب) کا ہوتا ہے۔



بغیر تبویض کے ہونے والے جریان دم میں جسم اصغر نہیں بنتا۔ جریان دم غشاء مبطن رحم ہی سے ہوتا ہے لیکن اس کا سبب صرف ایسٹروجن ہی ہوتا ہے اور اس وقت انحصار نہیں ہوتا۔



سات سالہ بچی میں  
بلوغت کی علامتیں

چار سالہ بچی میں PRECOCIOUS  
PUBERTY کی علامتیں

دورہ طث دو افعال یعنی غشاء مبطن رحم کی نمود گروئٹہ اور اس کے بعد اپنی اصلی حالت واپس آ جانے (REGRESSION) پر مشتمل ہوتا ہے۔ غشاء مبطن رحم کی نمود گروئٹہ کی عمر یک اور تجدید تبویض سے قبل ایسٹروجن کے ذریعہ ہوتا ہے۔ لیکن تبویض کے بعد پروجیسٹرون اور ساتھ ساتھ جسم اصغر سے خارج ہونے والے ایسٹروجن کے تابع ہوتا ہے۔ غشاء مبطن رحم کی نمود اس وقت تک ہوتی رہتی ہے جب تک اسے ہارمونز کا تعاون ملتا ہے۔ لیکن جیسے ہی یہ تعاون ختم ہوتا ہے غشاء مبطن رحم پھر اپنی اصلی حالت پر آ جاتی ہے۔ طث کی فزیالوجی کے مین درجات ہوتے ہیں۔

## ۱۔ غدہ غیر نافکہ میں ہونے والی تبدیلیاں

اس حقیقت کے باوجود کہ تبویض سے مترشح ہونے والا مادہ ایسٹروجن اور پروجیسٹرون ہی

غشاء مبطن رحم کی نحو کے ذمہ دار ہیں لیکن بہر حال یہ قدامی خنامیہ (ANTERIOR PITUITARY) کے تابع ہوتے ہیں اور قدامی خنامیہ HYPOTHALAMUS کے زیر اثر ہوتا ہے۔

## ایسٹروجن

تبولین سے قبل غشاء مبطن رحم کی نحو (گروٹھ) ایسٹروجن کی وجہ سے ہوتی ہے۔ حویصلہ کے مکمل (ڈیولپ) ہونے کی وجہ سے ایسٹروجن کی مقدار اور زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ یہاں تک کہ تبولین کے وقت ایک لیٹروفون میں 60 100 ہو جاتی ہے۔ تبولین کے بعد شقی ہونے والے حویصلہ (FOLLICLE) کے جسم اصغر (CORPUS LUTEUM) میں تبدیل ہونے کے وقت عارضی طور پر ایسٹروجن کی مقدار میں کمی آ جاتی ہے۔ جسم اصغر کی پختگی سے لے کر غشاء مبطن رحم کے اپنی اصلی حالت پر واپس آنے تک ایسٹروجن کی مقدار پھر سے زیادہ ہوتی ہے۔ لیکن ایسے ہی جسم اصغر میں انحطاط شروع ہونے لگتا ہے ایسٹروجن کی مقدار 60 100 سے کم ہو کر 30 100 ہو جاتی ہے اور غشاء مبطن رحم کے اپنی اصلی حالت پر واپس آنے اور طث کی مکمل مدت تک بھی مقدار قائم رہتی ہے جب حویصلہ دوسرے دورہ کے لیے پختہ ہونا شروع ہوتا ہے تو ایسٹروجن کی مقدار پھر سے بڑھنے لگتی ہے۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ غشاء مبطن رحم کی نحو اس وقت تک جاری رہ سکتی ہے جب کہ خون میں ایسٹروجن کا تناسب 30 100 سے زیادہ ہو۔ اس سے کم ہونے کی حالت میں غشاء مبطن رحم اپنی اصلی حالت پر واپس آنے لگتی ہے۔ یعنی ایسی حالت میں خون میں ایسٹروجن کا تناسب مکمل طور پر ختم نہیں ہوتا بلکہ کم ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں طث شروع ہوتا ہے۔

## پروجیسٹرون

تبولین کے بعد پروجیسٹرون کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم میں ہونے والی تبدیلیاں دراصل باردار ہیضہ کے چسپاں ہونے کے لیے ہوتی ہیں۔ لیکن تبولین کے بغیر ہونے والے دورہ طث میں ایسی تبدیلیاں ضروری نہیں کیونکہ ایسی حالت میں نہ تو تبولین ہوتا ہے۔ اور نہ جسم اصغر ہی بتلابہ ایسی حالت میں غشاء مبطن رحم میں ہونے والی (PROGRESSIVE) تبدیلیاں صرف ایسٹروجن ہی کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہیں۔

## نخامیہ قدائی کے ہارمونز

دورہ طمث اور حویصلہ کے پختہ ہونے، تجویض اور حجم امض کے بننے کا انحصار قدائی کے ہارمونی تحریک پر ہوتا ہے۔ یہ ہارمونز تین قسم کے ہوتے ہیں جس میں سے ایک - PRIMORDIAL FOLLICLE کی پختگی کے لیے ہوتا ہے۔ اے۔ FOLLICLE STIMULATING HORMONE (F.S.H.) کہا جاتا ہے۔ دوسرا جسم امض کی تکمیل میں مدد کرتا ہے اے۔ LUTEINIZING HORMONE (L.H.) کہتے ہیں۔ تیسرا PITUITARY HORMONE ہے جو جسم امض کے افعال کو قائم رکھتا ہے۔ اے۔ LUTROTROPHIC HORMONE (L.T.H.) کہتے ہیں۔

جسم امض میں انحطاط شروع ہوتے ہی خون میں ایسٹروجن کا تناسب کم ہونے لگتا ہے۔ F.S.H. کی پیدائش کے لیے ایسٹروجن کے ذریعہ پیدا کی ہوئی رکاوٹ ختم ہو جاتی ہے اور F.S.H. کا عمل PRIMORDIAL FOLLICLE پر ہوتا ہے تب وہ پختہ حویصلہ (GRAAFIAN FOLLICLE) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ F.S.H. کی بڑھتی ہوئی مقدار کے ساتھ L.H. کی معمولی مقدار جو حویصلہ کے اندر ایسٹروجن کی پیدائش کو بڑھاتا ہے پہلے تو PRIMORDIAL FOLLICLE یعنی مادہ کی جہ میں ڈوب جاتا ہے لیکن جیسے پختہ ہوتا ہے۔ سطح پر آ جاتا ہے اور تجویض کے وقت پھیل جاتا ہے۔ حویصلہ کی دیواریں پھٹ جانے کے نتیجے میں تجویض (سقوط بیضہ) ہوتا ہے۔ اس عمل میں حویصلہ کے اندر کا بڑھا ہوا مادہ اور F.S.H. اور L.H. کے درمیان ہونے والا تناسب معاون ہوتے ہیں۔ کیونکہ تجویض کے (سقوط بیضہ) وقت L.H. بہت زیادہ مقدار میں بنتا ہے جبکہ F.S.H. نسبتاً کم ہوتا ہے۔ تجویض اور جسم امض بننے کے بعد پریگنٹرون تیزی کے ساتھ بڑھتا ہے جو L.H. کی پیدائش کو روک دیتا ہے۔ LUTROTROPHIC HORMONE جسم امض کے افعال کو کنٹرول کرتا ہے یہاں تک کہ اس میں انحطاط شروع ہو جاتا ہے۔

## غشاء بطن رحم کی نمو کے دوران ہونے والی تبدیلیاں

غشاء بطن رحم کی ساخت چار جز پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) بُشرہ (EPITHELIUM)

(۲) غد (۳) STROMA (۴) عروق دمویہ۔ ان میں سے ہر ایک کے اندر دورہ طمث کے دوران مسلسل تبدیلیاں ہوتی رہتی ہیں۔ غشاء مبطن رحم کی توہیں ہونے والی تبدیلیاں دو قسم کی ہوتی ہیں ہر ایک تبویضی سے قبل دوسرے تبویض کے بعد۔

## ارتبویضی سے قبل ہونے والی تبدیلیاں

اس کے دورجات ہوتے ہیں۔ پہلا درج دورہ طمث کے آخری دنوں کے درمیان ہوتا ہے اور طمث کے ایک یا دو دن بعد مکمل ہو جاتا ہے۔ بشرہ (EPITHELIUM) کے خلیات CILIATED اور COLUMNAR ہوتے ہیں اس کے غد سادہ مقبوب کی مانند اور تنگ جوف والے ہوتے ہیں اور سطح پر عمودی ہوتے ہیں۔ غد پر استر کرنے والے خلیات شش پہل ہوتے ہیں اور ان کے غشاء کی سطح نمایاں ہوتی ہے USTROMA دور یا بیضوی خلیات سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ خلیات کے لواء اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ اس کا زیادہ سے زیادہ حصہ گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان کے گرد CYTOPLASM کا ایک پتلا حصہ ہوتا ہے۔ عمیقی حصہ میں پیچ دار شرائین ہوتی ہیں ان میں پیچ (COILS) بھی ہوتے ہیں۔ درید کی تعداد کم ہوتی ہے۔ اور ان میں شرائین و درید کے درمیان ہونے والا ANAS TOMOSES بھی کم ہوتا ہے۔ غشاء مبطن رحم کے سطحی حصہ پر عروق دمویہ نہجاً کم ہوتی ہیں۔ دوسرا درج عمل تکثیر (PROLIFERATION) کا ہے۔ اس درج میں غشاء مبطن رحم کی درستگی کے بعد تبویضی تک غشاء مبطن رحم میں عمل تکثیر ہوتا رہتا ہے تبویضی کے وقت SURFACE EPITHELIUM لمبی ہو جاتی ہے۔ غد بھی کوئل ہو جاتے ہیں اور ان کے تنگ جوف بھی بڑھ جاتے ہیں۔ غد پر استر کرنے والے خلیات لمون لمبے اور COLUMNARY ہوتے ہیں۔ دلو خلیات میں ترشح کی کوئی علامت ہوتی ہے اور مذہبی جوف STROMA گھنے ہو جاتے ہیں۔ یہ دور یا بیضوی خلیات کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ جس میں لواء پورے خلیات کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ پیچ دار شرائین میں اور بھی COILS آ جاتے ہیں۔ درید کی تعداد اور شرائین و درید کے درمیان ہونے والا ANASTOMOSES کے عمل میں بھی اضافہ ہوتا ہے۔

## ۲۔ تبویض کے بعد ہونے والی تبدیلیاں

یہ تبدیلیاں تبویض کے وقت شروع ہوتی ہیں اور اس وقت تک جاری رہتی ہیں جب تک طث شروع نہیں ہو جاتا۔ اس میں بھی دو درجات ہوتے ہیں۔

پہلے مرحلہ کو SECRETORY یا LUTEAL STAGE کہتے ہیں۔ اس اسٹیج میں جسم اصغر کی تخلیق ہوتی ہیں یہ نو کا زمانہ ہوتا ہے تاکہ باردار بیضہ قلم کر سکے۔ اس دور میں بشرہ EPITHELIUM کی لمبائی اور بکلی بڑھ جاتی ہے۔ غد ایک دوسرے سے لپٹے ہوتے جوتے ہیں اور ان کی شکل CORCK SCREW کی مانند ہوتی ہے۔ غد پر استر کرنے والے خلیات پہلے تو لمبے ہوتے ہیں پھر چھوٹے ہو جاتے ہیں۔ ان کے کنارے ناہموار ہوتے ہیں۔ ایڈیمیا اور وعائی کیفیت کی وجہ سے اسٹروما ڈھیلا پڑ جاتے ہیں تبویض سے قبل کی بہ نسبت اس دور میں STROMA CELL کا سائز بڑا ہوتا ہے لیکن نواۃ چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے گرد CYTOPLASM کا حلقہ ہوتا ہے۔ شرائین میں اور خم و پیچ آجاتے ہیں اور یہ کیفیت بڑھتی ہی جاتی ہے۔ وریدوں کی تعداد اور شریان و وریدوں کے درمیان ہونے والے ANASTOMOSES کے عمل میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے

دوسرے مرحلہ کو PREMENSTRUAL STAGE کہتے ہیں: اس دور میں طث شروع ہونے سے تقریباً پانچ دن قبل غشاء مبطن رحم کی خورک جاتی ہے۔ غد کے ارتشاح کی کمی اور STROMA میں ہونے والے انتہاب کی وجہ سے غشاء مبطن رحم کی دہانت میں نمایاں طور پر تخفیف پیدا ہوتی ہے۔ شرائین میں اور بھی زیادہ پیچ آجاتے ہیں۔ ان پیچ دار شرائین کے کناروں کے قریب بہت سی شرائین اور وریدوں کے جوف ہوتے ہیں۔ وریدوں کی تعداد اور سائز میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ غد بھی سکڑ جاتے ہیں۔ اور ان کو استر کرنے والے خلیات کی سائز بھی کم بھاتی ہے۔ STROMA گھٹے ہو جاتے ہیں اور کریات بیضہ کی وجہ سے ان میں INFILTRATION ہوتا ہے۔

## طث کے بنیادی اسباب

جب اخصاب باروری نہیں ہو پاتا تو غشاء مبطن رحم کی بالیدگی کا عمل جو بیضی ہارمون کی وجہ

ے ہوتا ہے، ختم ہو جاتا ہے اور غشاءِ مبطنِ رحم اپنی اصلی حالت پر آنے لگتی ہے ایسی حالت میں طمث درج ذیل تبدیلیوں کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

- ۱۔ انسجی ساخت سے سیال کے RESORPTION کے نتیجے میں غشاءِ غاطی پتلی ہو جاتی ہے
- ۲۔ شرائین میں COILS کا اضافہ ہو جاتا ہے اور کم سے کم بیٹس نئے COILS بن جاتے ہیں

- ۳۔ بشرہ EPITHELIUM کے قریب کی عروق میں انقباض ہونے کی وجہ سے پیچ دار شرائین منبسط ہو جاتی ہیں۔ بشرہ کے زیرین حصے میں ایڈیما اور LEUCOCYTIC INFILTRATION ہوتا ہے۔ اور طمث سے فوراً قبل پیچ دار شرائین میں شدید قسم کے انقباض کے ساتھ ISCHAEMIA اور مقامی طور پر NECROSIS ہوتا ہے۔ انقباضی کیفیت کے ۶ سے ۷ گھنٹے بعد بشرہ کے نیچے سلعہ دمویر فنا شروع ہو جاتا ہے۔ NECROSIS اور سلعہ دمویر کے انشقاق کے نتیجے میں طمث شروع ہو جاتا ہے۔

## طبعی طمث کی خصوصیات

تقریباً ۶ فیصد عورتوں میں دورہ طمث کی مدت عام طور پر ۲۸ دن ہوتی ہے۔ لیکن یہ مدت کم سے کم ۲۱ دن اور زیادہ سے زیادہ ۳۵ دن بھی ہو سکتی ہے طمث کی اوسط مدت ۳ سے ۷ دن ہے۔ لیکن عام طور پر یہ مدت ۳ سے ۵ دن ہی ہوتی ہے۔ طمث تمام عورتوں میں ایک جیسا نہیں ہوتا۔ بعض عورتوں میں یہ دو تین دن تک شدت کے ساتھ ہوتا ہے اس کے بعد آہستہ آہستہ دو ایک دن میں ختم ہو جاتا ہے۔ بعض میں دو تین دنوں تک شدت کے ساتھ ہوتا ہے چند گھنٹوں یا زیادہ سے زیادہ ایک دن کے لیے یکبارگی رک جاتا ہے۔ اس کے بعد پھر شروع ہو جاتا ہے اور دو ایک دن جاری رہتا ہے۔ طمث کے دوران خارج ہونے والے خون کی مقدار بھی ایک جیسی نہیں ہوتی۔ سرد آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں کی بہ نسبت گرم آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں میں خون زیادہ مقدار میں خارج ہوتا ہے۔ دم طشی میں خون کے علاوہ مخاط GRANULAR EPITHELIAL CELLS (MOCOUS) کا پرتیں، جراثیم اور

شامل ہوتے ہیں اجزاء دم کے خراب ہو جانے اور فرج کے SEBACEOUS غد کی رطوبت شامل ہونے کی وجہ سے اس میں ایک خاص قسم کی مہک ہوتی ہے۔ عنق الرحم سے خارج ہونے کے وقت یہ خون مٹھے کی شکل میں ہوتا ہے لیکن مہل میں ہونے والے LAYSIS کے نتیجے میں سیال بن جاتا ہے۔

## حمل CONCEPTION

حمل کی فزیالوجی میں درج ذیل اہم امور شامل ہوتے ہیں۔

### ۱۔ تبولیض کا وقت

(مستوط بیضہ) تبولیض عام طور پر دستوں اور اٹھاؤں دن کے درمیان ہوتا ہے۔ جسم کا درجہ حرارت اور بعض عورتوں میں پہلی جریان دم اور در دے اس کا اندازہ ہو جاتا ہے۔ نیز پوشاب میں خارج ہونے والے GONADOTROPHIN سے اس کی تصدیق ہو جاتی ہے۔

### ۲۔ بیضہ کا رحم تک پہنچنا

اس کے بارے میں کچھ یقین کے ساتھ نہیں کہا جاسکتا کہ قاذف کے لٹنی OSTIUM تک بیضہ کے پہنچنا ہے لیکن یہ خیال کیا جاتا ہے کہ قاذف میں داخل ہونے کے بعد یہ قاذف کے CILIARY EPITHELIUM کے ذریعہ رحم تک پہنچتا ہے اس کے علاوہ قاذف کے عضلات کی حرکت دودی بھی بیضہ کو رحم تک پہنچانے میں مدد کرتی ہے۔

### ۳۔ حوینات منویہ (SPERM) کی VIABILITY اور مجرائے تناسل میں اکٹھا ہونے کے بعد ان کی حرکت

چونکہ رحم کی تیزابیت میں حوینات منویہ کی حرکت بہت جلد ختم ہو جاتی ہے اس لیے رحم ان کے اندر وہی حوینات پہنچ پاتے ہیں جو اپنی حرکت برقرار رکھتے ہیں۔ اور یہ اسی وقت ممکن ہے جبکہ انزال براہ راست غم پہلی پر ہوا ہو۔ کیونکہ ایسی حالت میں عنق الرحم کے الکلائن مخاط میں ان

کے زندہ رہنے کی صلاحیت قائم رہتی ہے۔ یہ یقین کے ساتھ تو نہیں کہا جاسکتا کہ انزال کے بعد ان میں کتنی دیر تک حرکت کی صلاحیت باقی رہتی ہے لیکن کہا جاتا ہے کہ ۲ گھنٹہ تک ان میں زندہ رہنے کی صلاحیت ہوتی ہے۔ بعض عورتوں میں جماعت کے ۷ دن کے بعد بھی حویثات منوبہ زندہ پائے گئے ہیں۔

### ۴۔ انحصار (بارآوری) FERTILIZATION

عام طور پر قاذفی کے آخری حصہ میں بیضہ بار آور ہوتا ہے اور پھر اسے وہاں سے جو رحم تک پہنچے میں تین دن لگ جاتے ہیں

### ۵۔ بیضہ کا غشاء مبطن رحم میں چسپاں ہونا (NIDATION)

NIDATION کے لیے غشاء مبطن رحم کے ترشح کا صحیح طریقہ پر ہونا بہت ضروری ہے  
NIDATION غشاء مبطن رحم کے کسی ایک غدہ کے منہ پر نہیں ہوتا بلکہ INTERGLAN-  
DULAR STROMA پر ہوتا ہے NIDATION کے بعد غشاء مبطن رحم، غشاء  
ساقط (DECIDUA) میں تبدیل ہو جاتی ہے۔

### سن یاس MENOPAUSE

یہ زندگی کا وہ دور ہے جبکہ جنسی نظام میں REGRESSION شروع ہوتا ہے  
یہ دور کئی سال تک رہتا ہے۔ اس کی مدت مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ اس کی خاص  
علامت طمث اور صلاحیت تولید کا ختم ہو جانا ہے لیکن اس کے باوجود بھی زوتوجسمانی حالت میں  
کوئی فرق پڑتا ہے اور زجنسی خواہشات میں۔ بلکہ اس کے بعد بھی کئی سال تک ازدواجی زندگی کا خلا حاصل  
کرنے کی صلاحیت باقی رہتی ہے۔ سن یاس شروع ہونے کا وقت عموماً ۴۵ اور ۵۰ سال کے  
درمیان ہے۔ مختلف حالات میں یہ عمر کم زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔ اگر ۵۰ سال کی عمر کے بعد بھی طمث  
ذر کے قویٰ حالت میں 'ENDOMETRIAL HYPERPLASIA' FIBRO-  
MYOMATA جسم رحم کے کیڑا میٹین کے GRANULOSA CELL TUMOUR



کے امکانات ہو سکتے ہیں۔ اگر عائد ہونے والے کسی مرض کے علاج کے سلسلے میں RADIO-  
THERAPY دی گئی ہو یا HYSTERECTOMY کی گئی ہو تو سن یاس کی حالتیں  
قبل از وقت بھی شروع ہو سکتی ہیں۔

بیض کے افعال کی ایک محدود مدت ہوتی ہے۔ چنانچہ اس دور میں بیض پر -GONADO-  
TROPIN کا اثر بتدریج کم ہوتا جاتا ہے۔ اس کے باوجود بھی بعض عورتوں میں بیض کے  
ختم ہونے کے بعد بھی طث کئی مہینے تک ہو سکتا ہے۔ جب بیض پر F.S.H. کا اثر بالکل  
ختم ہو جاتا ہے۔ تو طث رک جاتا ہے اور اس وقت بیض علی طور پر بیکار ہو جاتی ہے۔ خوردنی معائنہ  
کرنے پر ATRETIC FOLLICLE صرف کہیں کہیں نظر آتے ہیں CORTEX  
پتلی ہو جاتی ہے اور نیچ الحاقی CONNECTIVE TISSUES کے بڑھ جانے کی وجہ سے  
MEDULLA نسبتاً بڑھتی ہو جاتی ہے۔ عروق دموی سخت ہو جاتی ہیں

قدامی خلیہ کے GONADOTROPIN کا ترشح اب بیض کے کنٹرول میں  
نہیں ہوتا۔ قدامی خلیہ کے افعال میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ سن یاس کے بعد عورتوں میں F.S.H.  
اور L.H. کی زیادتی کافی نمایاں ہوتی ہے جو کئی سال تک باقی رہتی ہے اس کے ساتھ ساتھ

ADRENOCORTICOTROPIC اور THYRO-TROPIC FUNCTION بھی بڑھ جاتے ہیں۔ ان زمانہ میں غدہ درقہ اور بجاو کلیہ (ADRENAL) کے افعال  
کی زیادتی کے نتیجے میں مختلف قسم کے نفسیاتی عوارض پیدا ہوتے ہیں جن کا انحصار عورت کے ماضی میں  
رہنے والے جذباتی توازن اور سماجی حالات پر ہوتا ہے۔ لیکن وہ عورتیں جو اپنے ماحول میں اپنے  
آپ کو اچھی طرح ADJUST کئے ہوئے ہوتی ہیں ان پر اس تبدیلی کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اور اگر  
ہوتا بھی ہے تو بہت کم۔ لیکن یہ دیکھا گیا ہے کہ نچلے طبقہ کی عورتیں اعلیٰ سوسائٹی کی عورتوں کی  
بہ نسبت کم متاثر ہوتی ہیں۔

آخر میں قدامی خلیہ کے افعال کی زیادتی ADRENAL CORTEX کے ذریعہ ختم  
ہو جاتی ہے۔ ADRENAL CORTEX سے ترشح ہونے والا ANDROGEN  
اور دوسرے جنسی STEROID بیض سے ترشح ہونے والے جنسی STEROID  
کی جگہ لے لیتے ہیں اور اس طرح سے قدامی خلیہ کے عمل کا توازن پھر سے قائم ہو جاتا ہے۔

## نظام جنسی میں ہونے والی REGRESSIVE تبدیلیاں

### رحم کی کیفیت

رحم دن بدن چھوٹا ہوتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ ۴ سال کی عمر کے بعد اس کی سائز شکل سے ایک انچ رہ جاتی ہے۔ عنق الرحم کا مہلی حصہ چھوٹا ہوتا جاتا ہے اور آخر میں PORTIO VAGINALIS - محراب مہبل میں تقریباً ختم ہو جاتا ہے۔ سن یاس میں لایسٹروجن کا ترشح ختم ہو جانے کی وجہ سے غشاء مطین رحم میں بھی ایٹروفی شروع ہو جاتی ہے۔ چنانچہ پتلی ہو جاتی ہے۔ غدد ڈیوب کی مانند ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے چند پر LOW COLUMN یا -NAR CUBOIDAL EPITHELIUM کا استر ہوتا ہے FUNCTIONAL اور BASAL ZONE میں کوئی تفرق نہیں رہ جاتی۔ اسٹروما کی تسدید کی وجہ سے بعض اوقات غدد کیسہ کی مانند ہو جاتے ہیں عضلات میں ایٹروفی اور ریشہ دار کیچ الحاقی کی زیادتی کی وجہ سے رحم کی دیواریں پتلی ہو جاتی ہیں

### عنق الرحم

اس کی سائز بتدریج کم ہوتی جاتی ہے اور PORTIO VAGINALIS آخر میں محراب مہبل میں تقریباً ساسی جاتی ہے مگر ای عنق الرحم تنگ ہو جاتی ہے اور بعض عورتوں میں نابردوس کے نتیجے میں ختم بھی ہو جاتی ہے۔

### مہبل

سن یاس کے بعد چند سالوں تک تو مخرای مہبل میں کوئی خاص تبدیلی واقع نہیں ہوتی لیکن اس کے بعد تہ تنگ اور چھوٹی ہو جاتی ہے اور FORNICESS ختم ہو جاتے ہیں۔ غشاء مخاطی اب بھی ختم ہو جاتی ہیں۔ وہ چمکی اور چمکدار ہو جاتی ہے۔ CELLULAR - EPIETHelial CELLS کم ہو جاتی ہیں LAYERS میں گلائیکوجن کی کمی

کے نتیجے میں بشرہ میں تبدیلی آ جاتی ہے۔ مہل کی رطوبت کھاری (اکلائن) ہو جاتی ہے۔

## فرج

شفران اور حمام عانی میں شمی اجزاء آہستہ آہستہ کم ہونے لگتے ہیں۔ یہاں تک کہ وہ بالکل بلیو ہو جاتے ہیں۔ منفذ روز بروز تنگ ہوتا جاتا ہے۔ غشاء مخاطی میں ایٹرونی شروع ہو جاتی ہے۔ وہ بتلی ہو جاتی ہے اور اس میں تعدیہ کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔

## پستان

پستان میں خیم بدر کج کم ہوتا جاتا ہے۔ اور غدی النبیج میں دھیرے دھیرے ایٹرونی کی کیفیت پیدا ہوتی جاتی ہے۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پستان نرم ہو جاتے ہیں۔ نیل کا سا رنگ کم ہو جاتا ہے اور وہ پہلے کی مانند ابرے ہوئے نہیں ہوتے۔ یہ تبدیلیاں اس طرح وجود میں آتی ہیں کہ سن یاس کے بعد کئی سال تک ان کا پتہ بھی نہیں چلتا۔

## سن یاس میں ظاہر ہونے والی علامات

### طمث

بعض عورتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ طمٹ یکبارگی رک جاتا ہے درز عام طور پر یہی ہوتا ہے کہ طویل وقفہ کے ساتھ زرد رنگ کا معمولی اخراج ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں تھوڑے وقفہ کے بعد خفیف یا کئی دنوں تک اخراج ہوتا ہے۔ بعض میں شدید قہم کا اخراج ہوتا ہے۔ لیکن ان کے درمیان غیر منظم وقفہ ضرور ہوتا ہے۔

### قلب و اعصاب کی کیفیت

بعض عورتوں کا حفظ الدم (B. P.) زیادہ ہو جاتا ہے۔ لیکن بہت ممکن ہے کہ علامات ترکیبی ہی ہوتی ہو اور موجودہ حالات سے اس کا کوئی تعلق نہ ہو بعض عورتوں میں اسرغ القلب

(TACHYCARDIA) کا شکایت ہوتی ہے جو قلب کے عضوی امراض یا غدہ درقیدہ (THYROID) کے افعال کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ تکلیف دہ علامت "HOT FLUSH" ہے ایسا حالت میں عورت بیکارگی حرارت محسوس کرتی ہے۔ اس کا بدن سرخ ہو جاتا ہے۔ پھر چند لمحوں کے بعد پسینہ آکر تھوڑی دیر کے لیے اس کا جسم ٹھنڈا چمچا اور لیسدار ہو جاتا ہے۔ دن میں یہ صورت کئی بار بھی ہو سکتی ہے۔ لیکن جب یہ کیفیت رات میں ہوتی ہے تو اس سے نیند میں بھی خلل پڑتا ہے۔ یہ کہا جاتا ہے کہ یہ صورت اس عورت کے خون میں F.S.H. کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

### حکمۃ النرج PRURITUS VULVA

یہ شکایت ان عورتوں میں زیادہ ہوتی ہے جن میں سن یا س قبل از وقت ہوا ہو۔

### دیگر عوارض

بہت سی عورتیں اس دور میں جذباتی خلل کا شکار ہو جاتی ہیں۔ وہ مضطرب اور خوف زدہ رہتی ہیں۔ اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ معتبر اور سمجھدار عورتیں بھی اس عمر میں گھبرائی ہوئی اور چوڑی ہوئی ہیں۔ شدت کی صورت میں MELANCHOLIA یا جنوں میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ بعض عورتوں میں خود کشی کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے اور ان میں اپنے معاملات کی دیکھ بھال کرنے کی صلاحیت بھی نہیں رہ جاتی۔

### حمل کا ذب (رجا ر) PSEUDOCYESIS

یہ صورت بہت کم ہوتی ہے اور ان ہی عورتوں میں ہوتی ہے جنہیں اولاد نہیں ہوتی اور وہ اس کے لیے بے قرار رہتی ہیں۔ اور یہی خواہش انہیں اس مرض میں مبتلا کرتی ہے۔ اعتبار طمث یا قلت طمث کے ساتھ اگر اس دور میں بطن کی دیواروں میں شخی اجزاء اکٹھا ہونے لگیں تو ان کے شک کو اور بھی تقویت پہنچتی ہے اور وہ یہ یقین کر لیتی ہیں کہ وہ حاملہ ہو گئی ہیں۔ جب اسے حقیقت کا علم ہوتا ہے تو وہ اسے ماننے کے لیے تیار نہیں ہوتیں اسے یقین کرانے کے لیے متعدد بار BIOLOGICAL TEST کرانا پڑتا ہے۔

## بے خوابی INSOMNIA

یہ شکایت اکثر ہو جایا کرتی ہے اور رات میں بار بار "HOT FLUSH" ہونے کے نتیجے میں اس میں اور بھی شدت آ جاتی ہے۔

### سر درد

سر درد اعصابی تناؤ کے نتیجے میں ہوتا ہے جو بعض اوقات سر کے قدیمی حصہ اور بعض اوقات گردن کے پچھلے حصے تک محسوس ہوتا ہے اور بعض اوقات پورے سر میں ہوتا ہے۔

### استحالی عوارض (METABOLIC SYMPTOMS)

عام طور پر سن مغر (OBESITY) ہی سب سے اہم علامت ہوتی ہے۔ بعض عورتوں کا وزن سن یا اس کے دوران چند پاؤنڈ بڑھ جاتا ہے۔ لیکن بعض عورتوں کا وزن بہت زیادہ ہو جاتا ہے۔

### سن یا اس کے دوران ضروری احتیاط و تدابیر

عورت کی تندرستی کا دھیان رکھا جائے۔ اگر وزن تیزی سے بڑھ رہا ہو تو اس کا اندازہ ضروری ہے۔ عیندہ آرام کی طرف بھی دھیان دیا جائے۔ گھریلو معاملات جو تشویش و تردد اور اضطراب کا سبب بنتے ہیں ان سے بچایا جائے۔

تعلیم یافتہ عورتوں کو عمر کے اس دور میں یہ احساس ہو جاتا ہے کہ اب وہ سن رسیدہ ہو چکی ہیں۔ معالج اس معاملہ میں ان کی کافی مدد کر سکتا ہے۔ انھیں یہ یقین دلانا چاہیے کہ اس دور کے شروع ہونے پر جتنی زندگی اور گھریلو خوشیوں کا خاتمہ نہیں ہوتا۔ انھیں یقین دلایا جائے کہ وہ جذباتی استحکام کو اعتماد کے ساتھ کنٹرول کرے۔ ان عورتوں کو ایسٹروجن کی ضرورت نہیں ہوتی۔ صرف TRANQUILISERS استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ لیکن ان کی خوراک دھیرے دھیرے کم کرتے رہنا چاہیے۔ جب ذہنی کیفیت اعتدال پر آ جائے تو پھر TRANQUILISERS نہیں دینا چاہیے۔

بعض عورتوں میں حکمتہ الفرج یا شدید قسم کا ذہنی عدم استحکام ہوتا ہے۔ انہیں ایسی حالت میں ایئر مریجن خور دینی طور پر دینا چاہیے۔ اگر خارش شدت کی صورت اختیار کر لے تو انجکشن بھی دیا جاسکتا ہے۔ اس مقصد کے لیے TAB. DIETHYL STILBOESTROL (۵ ملی گرام) یا ETHINYL OESTRADIOL (۰.۰۱ ملی گرام) دن میں دو یا تین بار دیا جائے اس کے بعد اس کی مقدار آہستہ آہستہ کم کر دی جائے تاکہ جریان دم نہ ہونے پائے۔ اگر سن یا اس کے دوران جریان دم ہو تو CURETTAGE کریں تاکہ جرم رحم میں ہونے والے سرطان کے بارے میں معلوم ہو سکے۔

اگر "HOT FLUSHES" بار بار ہونے کی وجہ سے نیند نہ آتی ہو تو مسکنات دیے جاسکتے ہیں۔ لیکن زیادہ دنوں تک ان کا استعمال مناسب نہیں۔ مارفین یا اس کے کم کثرت دینے سے قطعی پرہیز کریں۔ لیکن PHENOBARBITONE معمولی خوراک میں دیا جاسکتا ہے۔ خمیرہ گاؤز بان یا خمیرہ لروارید کا استعمال چند دنوں تک مسلسل کریں۔



چوتھا باب

# غدد غیر ناقلہ باطن الافراز

(ENDOCRINES) کے افعال و اثرات

قدامی نخامیہ (ANTERIOR PITUITARY) کی زیادتی کے نتائج

یہ صورت Eosinophilic یا Basophilic خلیات کے افعال کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ اور اس کثرت ترشح کے نتیجے میں مختلف قسم کے عوارض وجود میں آتے ہیں۔ چنانچہ Eosinophilic hyperfunction کے نتیجے میں GIGANTISM اور ACROMEGALY اور BASOPHILIC HYPERFUNCTION کے نتیجے میں CUSHING SYNDROME ہوتا ہے

GIGANTISM اور ACROMEGALY

یہ مرض قدامی نخامیہ کے ACIDOPHILE CELLS کے فرط استنتاج

(HYPERPLASIA) کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ اگر EDIPHYISIS

کے بند ہونے سے قبل فرط استنتاج ہوتا GIGANTISM اور اگر

بلوغت اور EDIPHYISIS کے بند ہونے کے بعد فرط استنتاج ہو تو - ACRO-

MEGALY - ہوتی ہے۔

:- GIGANTISM

عورتوں کی بہ نسبت یہ صورت مردوں میں زیادہ ہوتی ہے اور اس کی ابتدا بچپن سے ہی ہوجاتی



ہے اور گیارہ بارہ سال کی عمر میں یہ تبدیلی نمایاں طور پر نظر آنے لگتی ہے۔ الحاف کی ہڈیاں جسم کے تناسب سے زیادہ بڑھ جاتی ہیں۔ اگر بلوغت کے بعد بھی کثرت ترشح باقی رہے تو - ACROMEGALY - ہوتی ہے۔

## ACROMEGALY

اس کی علامتیں دو قسم کی ہوتی ہیں۔

### ENDOCRINE SYNDROME

اگر گروتھ ہارمون کے ترشح کی زیادتی EPIPHYSIS کے بند ہونے کے بعد ہو تو جسم کی تمام ہڈیاں نہیں بڑھ پاتیں۔ بلکہ یہ تبدیلی جسم کے آخری سروں پر زیادہ نمایاں ہوتی ہیں یہی وجہ ہے کہ ان لوگوں کے ہاتھ پاؤں ناک اور جڑے بہت زیادہ بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان کے ماتحتوں میں دراز بھی آجاتی ہے۔ ناک بڑھی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ - SUPRA-ORB -

TAL - اور گال کی ہڈیاں بہت نمایاں ہو جاتی ہیں۔ بعض عورتوں میں زبان بھی بڑھ جاتی ہے اور اکثر اس پر دانت کے نشان نظر آتے ہیں۔ زبان لمبی ہو جانے کی وجہ سے بات کرنے اور غذا کے چبانے میں دشواری ہوتی ہے۔ ہڈیوں میں RAREFACTION ہوتا ہے لیکن اتنا نہیں کہ کسر FRACTURE کا سبب بنے۔ آخری درجہ میں مریض تھکاوٹ اور عضلاتی کمزوری محسوس کرتی ہے جو ٹائوئی تبدیلی مثلاً ذیابیطس یا غده در قیرہ کے ترشح کی زیادتی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اس کے نتیجے میں قلت طمث (HYPOMENORRHOEA) اور بعض اوقات احتباس طمث کے ساتھ ساتھ صنفی خواہشات میں بھی کمی آجاتی ہے مردوں میں اس کے نتیجے میں نامردی پیدا ہوتی ہے

## ۲۔ اعصابی عوارض

یہ عوارض سلعہ کے دباؤ کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں اور اگر سلعہ کی گروتھ اوپر کی جانب ہوتی ہے تو OPTIC CHIASMA پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے بینائی میں خلل آجاتا ہے۔ اگر سلعہ جانب میں پھیلتا ہے تو تیسری، چوتھی، پانچویں اور چھٹی کوہنیل، عصب مفلوج ہو سکتی ہیں۔

ان عورتوں کو شدید کم کاسرود ہوتا ہے۔ خنامیہ کے انفال کی یہ زیادتی تقریباً دس سال تک باقی رہتی ہے اس کے بعد قصور خنامی (HYPOPIUITARISM) کی علامتیں شروع ہوتی ہیں جو تقریباً دس سال تک باقی رہتی ہیں۔ ان میں سے بعض عورتیں DIABETES MELLITUS میں مبتلا ہو جاتی ہیں جسے انسولین کے ذریعہ کنٹرول کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں HYPERTHYROIDISM ایک عام علامت ہوا کرتی ہے۔

## علامت

RADIO THERAPY دی جائے

## قصور خنامیہ (HYPOPIUITARISM) کے نتائج

خنامیہ کے انفال کی کمی کے نتیجے میں ہونے والے عوارض کے بہت سے اسباب ہو سکتے ہیں لیکن نسیات کے نقطہ نظر سے SIMMOND'S DISEASE PANHY- خاص طور پر قابل ذکر ہیں: بچپن میں خنامیہ کی کمی کے نتیجے میں بچوں کا قد نہیں بڑھنے پاتا جسے کوتاہ قامتی (DWARFISM) کہتے ہیں بعض اوقات FROHLICH'S SYNDROME بھی ہوتا ہے۔

## "SHEEHAN'S SYNDROME"

1. SIMMOND'S DISEASE بھی کہتے ہیں کیونکہ اس مرض کو سب سے پہلے 1914 میں SIMMOND ہی نے FATAL CACHEXIA کے نام سے متعرف کرایا تھا۔ اس مرض میں شدت کے ساتھ تنف بعد ولادت POST PARTUM HAEMORRHAGE MORTALITY ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں خنامیہ کی سائز چھوٹی ہو جاتی ہے اور وزن بھی کم ہو جاتا ہے۔ خنامیہ میں (THYROTROPIC HORMONE) کی غیر موجودگی کے نتیجے میں درتیر (THYROID) میں بھی ایٹرونی شروع ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے اس کی سائز نارمل کے بجائے نصف رہ جاتی ہے۔ اسی طرح خنامیہ میں CORTICOTROPIC HORMONE کی کمی کے نتیجے

میں SUPRARENAL GLAND کے لٹا (CORTEX) میں ایٹرونی پیدا ہو جاتی ہے  
 GONADOTROPHIC HORMONE کی کمی کے نتیجے میں بیض میں بھی ایٹرونی پیدا ہو جاتی  
 ہے۔ ایٹروجن اور پروٹیسٹرون کی پیدائش رک جاتی ہے۔ جسم رحم، عنق الرحم، ہیل اور فرج میں  
 بھی ایٹروجن شروع ہو جاتی ہے۔ ہیل کی بشرہ (EPITHELIUM) میں گلائیکوجن ختم  
 ہو جاتا ہے DOBERLEINS BACILLI کی پیدائش رک جاتی ہے اور ہیل کی رطوبت  
 دورتی، انکلائین ہو جاتی ہے۔

## عوارض و علامات

اس کی سب سے پہلی علامت دودھ کا نہ بننا ہے۔ پستان نرم اور خالی ہوتے ہیں اور  
 بہت تیزی کے ساتھ سکڑتے جاتے ہیں۔ مرض کی شدت کی صورت میں HYPOLYCAEMIA  
 کی علامتیں بھی ہوتی ہیں نقابت ہوتی ہے مرض کی شدت کی صورت میں احتباس طث  
 AMENORRHOEA اور یہ صورت دیگر طویل وقفے سے قلت طث (SCANTY)

(MENSTURATION) ہوتا ہے۔ رحم بہت چھوٹا ہو جاتا ہے اور باہری اعضا تناسل میں  
 دھیرے دھیرے، ایٹرونی شروع ہو جاتی ہے موزیر ناف اور موزر ابط ختم ہو جاتے ہیں لیکن سر  
 کے بال اور بھوئیں باقی رہتی ہیں۔ جنسی خواہش بہت زیادہ ہوتی ہے۔ نقابت کے باوجود بھی  
 مریض کا وزن کم نہیں ہوتا۔ فقط الرم (B. D.) عموماً کم ہو جاتا ہے۔ درقہ میں ایٹرونی کی  
 وجہ سے مریض ٹھنڈا کم نہیں برداشت کر پاتی۔ کولیسٹرال بڑھ جاتا ہے۔ بعض عورتوں میں

MYXOEDEMA کی علامتیں بھی ہوتی ہیں HYPCHROMIC ANAEMIA  
 ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ اکثر EOSINOPHILIA بھی ہوتا ہے  
 مرض دھیرے دھیرے بڑھتا جاتا ہے۔ شدت کی نقابت اور غفلت ہوتی ہے۔

## علامات قارقم

اس مرض کو ابتدا میں اینمیا کدھو کے میں نظر انداز کر دیا جاتا ہے۔ لیکن دوا مرض ایسے  
 ہیں جن کی علامتیں اس مرض سے ملتی جلتی ہوتی ہیں انہیں ذیل میں بیان کیا جا رہا ہے۔

## ANOREXIA NERVOSA

یہ مرض معدوم الحبل (NULLIPAROUS) ہی میں زیادہ ہوتا ہے وزن کی کمی اور مرض کی نمایاں علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ اعضاء تناسل طبعی ہی ہوتے ہیں۔ لیکن احتباس طث بعض اوقات ہوتا ہے اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتا۔ یہ رابطہ اور موذیر ناف موجود ہوتے ہیں۔

## MYXOEDEMA

INSULIN TOLERENSE TEST کے ذریعہ اس مرض اور SIMMONS DISEASE کے درمیان تفریق کی جا سکتی ہے، لیکن جانچ سے قبل چار دنوں تک ایسی خوراک دی جائے جس میں گرام کاربوہائیڈریٹ ہو اور جانچ سے ایک دن قبل FASTING CAPILLARY BLOOD SUGAR کیا جائے۔

## علاج

METHYL TESTOSTERONE (15-30mg) روزانہ دیا جائے

## DWARFISM

## کوتاہ قامت ہونا

بوناپن (DWARFISM) قدامتی نخامیہ کے خلقی فقدان یا خرابی کے نتیجے میں ہوتا ہے جس کا سبب کوئی شدید قسم کا تحدید یافتہ گروٹھ ہوتا ہے جس سے نخامیہ کے قدامی حصہ کو ضرر پہنچتا ہے۔ یا بعض اوقات غلہ درقیر کے خلقی طور پر معدوم ہونے کے نتیجے میں ہونے والے CRETENISM کا وجہ سے بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ اس کا تیسرا سبب CHONDROPLASIA بھی ہے۔

## غلہ نخامیہ کے نتیجے میں ہونے والا بوناپن

اگر یہ صورت خلقی ہو تو بچپن ہی سے نمونیں رکاوٹ آ جاتی ہے جب کہ اکتسابی صورت LORAIN-LEVI SYNDROME کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں بچہ نازل ہوتا ہے

لیکن کسی شدید قسم کے نوعی بخار کے نتیجے میں گردہ ترک جاتی ہے۔ بعض اوقات CRANIO PHARYNGIOMA کی وجہ سے ایسا ہو سکتا ہے۔

غده خنایہ کی خرابی کے نتیجے میں ہونے والے بونے بچوں کا قدم فٹ یا اس سے بھی کم ہوتا ہے۔ جسم کا بالائی نصف حصہ زیریں نصف حصہ کی نسبت بڑا ہوتا ہے۔ ہاتھ اور سر چھوٹے ہوتے ہیں۔ HYPOGONADISM کی علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ ثانوی علامتیں اور بلوغت صحیح وقت پر نہیں ظاہر ہوتیں۔ ابتدائی احتباس طمث ہوتا ہے۔ دماغ کے ابتدائی نمو پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔

#### ADIPOSO GENATILISM

یا

#### FRONLICH'S SYNDROME

اس مرض کی تین اہم علامتیں ہوتی ہیں۔

۱۔ جسم میں تخم کی خصوص طریقہ پر تقسیم۔

۲۔ عظمی نشوونما میں خلل کا ہونا۔

۳۔ HYPOGONADISM (غده تناسلیہ کے افعال کی کمی)۔

قد امی خنایہ کے خلیات کی بربادی کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے اور فرہی کا سبب HYPOTHALAMIC کے متاثر ہونے کی وجہ سے فرہی ہوتی ہے۔ جو زنف، سلم، کیسہ یا خنایہ کے تعدیہ کے نتیجے میں ہو سکتا ہے۔ فرہی کر کے حصے (GIRDLE) کو لے۔ ران۔ لحم عانی اور بطن کے زیریں حصہ پر زیادہ ہوتی ہے۔ اعضا تناسل کے نقص نمو کے ساتھ ساتھ طمث بھی تاخیر سے شروع ہوتا ہے۔ ان مریضہ میں مردوں جیسی علامتیں کبھی نہیں پیدا ہوتیں۔

INTRACRANIAL TUMOUR ہونے کی صورت میں سردرد۔ نظر دینیائی میں خلل اور دماغ پر پڑنے والے تناؤ کی دوسری علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ ایسٹروجن اور GONADOTROPHIN کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ اس مرض میں مبتلا عورتوں میں تعدیہ کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

HYPOGONADISM کے لیے ایسٹروجن دینا چاہیے اور سلم ہونے کی صورت

میں سرجیکل ٹریٹمنٹ بہت ضروری ہے۔

## مبعض کے افعال کی کمی کے نتائج

اس کا انحصار مر پھر کی عمر پر ہے۔ اگر یہ صورت ابتدائی سے ہو جبکہ اعضاء تناسل پرستان اور دیگر ثانوی جنسی علامتوں کا ظہور ڈیولپمنٹ نہ ہوا ہو تو EPIPHYSIS کے تاخیر سے بند ہونے کی وجہ سے ہڈیوں کی گردتہ بڑھ جاتی ہے۔ لیکن بلوغت کے بعد مبعض کے افعال میں کمی ہونے کے نتیجے میں ثانوی احتباس طمث۔ ابتدائی اور ثانوی عفر اور سن یاس کی مانند علامتیں ظاہر ہوتی ہیں۔

مبعض کے افعال کی کمی کے نتیجے میں ہونے والی دو اہم علامتیں درج ذیل ہیں۔

1. HYPOGONADISM (FUNCTIONAL OVARIAN FAILURE)

یہ صورت خلقی یا اکتسابی ہو سکتی ہے۔ جو بلوغت کے وقت ہوتی ہے ان عورتوں میں خلیہ کے فقدان کی کوئی علامت نہیں ہوتی۔

اکتسابی صورت میں نقص تغذیہ اس کا ایک اہم سبب ہو کر رہتا ہے اس کے علاوہ بعض اوقات مبعض دقاذن میں ہونے والا تعدیہ بھی اس کا سبب ہو سکتا ہے۔

خلقی صورت میں EPIPHYSIS کے تاخیر سے بند ہونے کی وجہ سے ہڈیاں غیر معمولی طور پر لمبی ہو جاتی ہیں۔ ثانوی علامتیں صحیح طور پر ڈیولپ نہیں ہو پاتیں۔ پرستان چھوٹے ہوتے ہیں اور موبرابطہ بہت کم ہوتے ہیں۔ احتباس طمث ہوتا ہے یا طویل وقفہ سے قلت طمث ہوتا ہے۔ ان عورتوں میں استقرار حمل کی صلاحیت نہیں ہوتی۔ اور یہ بہت زیادہ جذباتی اور حساس ہوتی ہیں۔

اکتسابی صورت اگر EPIPHYSIS کے بند ہونے کے بعد ہو تو عظمی گردتہ میں کوئی مناسب نہیں ہوتی۔ بول میں F.S.H. کی زیادہ مقدار میں موجودگی اس کی ایک اہم علامت ہو کر رہتی ہے۔ ایسٹروجن یا تو بہت ہی کم مقدار میں خارج ہوتا ہے یا اکثر نہیں بھی ہوتا۔ اگر بول میں ایسٹروجن موجود ہو تو پرائگنوسس اچھی ہوتی ہے۔

اس مرض کا کوئی تسلی بخش علاج نہیں ہے۔ ایسٹروجن کا استعمال شباب کے دوران

بڑیوں کی گروتھ کو روکنے کے لیے مفید ہے۔ اس کے استعمال سے اعضا متاثر اور پستان کی گروتھ پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اس مقصد کے لیے *ETHINYL OESTRADIOL* (5mg) دن میں تین بار ہر چھ گھنٹے میں پندرہ دن دینے سے طث جاری ہو سکتا ہے۔

### TURNER'S SYNDROME

اس مرض میں مریض کی نشوونما صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتی۔ بلوغت سے قبل اس کی تشخیص مشکل ہے۔ ثانوی جنسی علامتیں نہیں ہوتیں۔ مورابطہ یا مور زیر ناف یا تو بہت ہی کم ہوتے ہیں یا بالکل ہی نہیں ہوتے۔ پستان بھی صحیح طور پر ڈیولپ نہیں ہوتے۔ ابتدائی احتباس طث اور عقر ہوتا ہے۔ اس مرض میں بچپن ہی سے گروتھ میں رکاوٹ شروع ہو جاتی ہے۔ لیکن قد کی کمی بلوغت کے وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہے کیونکہ شباب کے دوران قد تیزی کے ساتھ نہیں بڑھتا۔ ایسی حالت میں بول میں ایسٹروجن کی مقدار کم ہو جاتی ہے لیکن F.S.H. بڑھ جاتا ہے۔

اس مرض کی دو خاص علامتیں ہوتی ہیں جو *CUBITUS VULGUS* اور *WEBBED NECK* ہیں۔ اس کے علاوہ ظاہر ہونے والی دوسری علامتیں *PES CAVUS* اور *COARCTATION OF AORTA* خلقی عر ساعت ہیں۔

## علاج

ایسٹروجن اتنی مقدار میں دی جائے کہ بشرہ مہل میں *KERATINIZATION* ہو جائے۔ اور اس وقت تک دیتے ہیں کہ پستان اچھی طرح ڈیولپ کرائیں اور ثانوی جنسی علامتیں نمایاں طور پر ظاہر ہونے لگیں۔ اس کے بعد اس کی خوراک نصف کر کے ایک عرصہ تک دینا چاہیے۔

## غده در قیرہ کی کمی کے نتائج

### CRETINISM

اس مرض میں جسمانی اور ذہنی گروتھ میں رکاوٹ آ جاتی ہے اور ضاح در قیرہ کی غیر موجودگی پیدا

کے دقت نہیں پڑ جلتی۔ اسی طرح ماں کا دودھ پینے والے بچوں میں بھی اس کا صحیح اندازہ نہیں ہو پاتا۔ کیونکہ حمل کے دوران ماں کے ذریعہ ملنے والے ارتشاح درقہ اور پستان کے دودھ میں ہونے والے درقہ ہارمون کی وجہ سے بچوں میں اس کی کمی کی علامتیں دیر سے ظاہر ہوتی ہیں۔ لیکن طفولیت کے دوران ان بچوں کے قد کے بڑھنے میں رکاوٹ آ جاتی ہے۔ ترقی کے اوپری حصہ میں ضم اکٹھا ہونے کی وجہ سے پھر فرہ ہوتا ہے۔ اطراف موٹے ہوتے ہیں زبان لمبی اور منہ سے باہر نکلی ہوئی ہوتی ہے ایک ایسی CRETIN جی جس کا صحیح طریقہ پر علاج نہ کیا گیا ہو اس کا قد ۳ فٹ سے کم ہوتا ہے ہڈیوں کی گردتہ رک جاتی ہے لیکن EPIPHYSIS کافی کھلے ہوئے ہوتے ہیں احتباس طمث ہوتا ہے۔ ثانوی علامتیں نہیں ہوتیں۔ ان لوگوں کو THYROID THERAPY تاحیات جاری رکھنا چاہیے۔

#### MYXOEDEMA

یہ ایک مزمن مرض ہے جو غده درقہ کے قلت ارتشاح کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ تیس سے پچاس سال کی عمر کے درمیان، اور مردوں کی بہ نسبت عورتوں کو زیادہ ہوتا ہے اور معدوم الحمل عورتوں کی بہ نسبت کثیر الحمل عورتیں اس مرض میں زیادہ مبتلا ہوتی ہیں۔ مرض کی ابتدا بتدریج ہوتی ہے۔ پلکیں، چہرہ، ٹخنوں اور ہاتھوں پر ایڈیما ہوتا ہے۔ سر کے بال کم ہو جاتے ہیں۔ جلد خشک ہوتی ہے۔ غنودگی، سورہنم اور قبض ہوتا ہے۔ یادداشت ختم ہو جاتی ہے۔ پھر پھر نارمل سے کم ہوتا ہے۔ قبض بطنی ہوتی ہے۔ ۵۰-۶۰ کم ہو جاتا ہے۔ قلب بڑھ جاتا ہے۔ اور اس کے ساتھ عضلات قلب میں DEGENERATION شروع ہو جاتا ہے۔ طبعی دور طویل ہو سکتے ہیں۔ بعض اوقات قلت طمث بھی ہوتا ہے۔ سن یا سٹوما جلد ہی ہوتا ہے۔ جنسی خواہش کم ہو جاتی ہے۔ عمر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں استقرار حمل ہو بھی جائے تو پیدا ہونے والے بچہ میں درقہ کے ارتشاح کی قلت غلطی طور پر موجود ہوتی ہے۔

## مجاور کلیہ لمائی کے افعال کی کمی کے نتائج

عورتوں میں اس کے نتیجے میں دواہم مرض ہوتے ہیں جو درج ذیل ہیں۔



## CUSHING SYNDROME

۱.

۱۹۳۲ میں HARVEY CUSHING نے سب سے پہلے اس مرض کا پتہ

لگایا۔ لڑکیوں میں یہ مرض ۳۰ سے ۴۰ سال کے درمیان زیادہ ہوتا ہے۔

اس مرض کی سب سے اہم علامت فرہی ہے جو چہرہ گردن دھڑ اور کونوں پر بہت زیادہ ہوتی

ہے لیکن ہاتھ اور پیر بالکل پتے ہوتے ہیں چہرہ مدور ہوتا ہے اکیلیے اسے MOONSHAPED

کہا جاتا ہے گردن کے پیچے پشت پر شحم تہ کی شکل میں اکٹھا ہوجاتا ہے جسے "BUFFALO - NECK" - کہا جاتا ہے، شحم تحت الجلد کے اکٹھا ہونے کا وجہ سے جلد پھیلتی ہے جس کے



① CUSHING SYNDROME میں مبتلا ۱۱ سالہ بچی۔



② ADRENAL TUMOUR کے نتیجے میں بڑھا ہوا نظر۔

نتیجے میں بطن کو لٹے اور بازوؤں کی جلد پر بگنی رنگ کی دھابیاں آتی جاتی ہیں، تھباس ٹسٹ عام طور پر اس کی سب سے پہلی علامت ہے۔ ANDROGEN کے کثرت ارتشاح کی وجہ سے نظر بڑھ جاتا ہے اور بعض اوقات جسم پر بال بھی آجاتے ہیں۔ ابتدائی درجہ میں GONADOTROPHIN کا ارتشاح بڑھ جاتا ہے لیکن بعد میں کم ہوتے ہوئے ختم ہو جاتا ہے۔

پٹھوں میں معدنی نمکیات کی کمی کی وجہ سے KYPHOSIS ہوتا ہے۔ کاسہ راس میں کافی تبدیلی آجاتی ہے۔ اور بعض اوقات متعدد کمر بھی پائے جاتے ہیں۔

B.P. بڑھ جاتا ہے اور بعض عورتوں میں قلب بھی بڑھ جاتا ہے ابتدا میں GLU.

COSE TOLERANCE کم ہوتا ہے اس کے بعد ذیابیطس اور پھر HYPER.

GLYCAEMIA ہوتا ہے۔

اگر اس مرض کا سبب ٹیومر ہو تو سرجیکل ٹریٹمنٹ کریں اور اگر ٹیسٹوسٹرون ہو تو X-RAY THERAPY کے ذریعہ غده خنما میر کی اصلاح کریں۔ ان کے لیے ایسٹروجن اور اینڈروجن بھی کسی حد تک فائدہ مند ہے۔

## ۲. عوارض مجاورات کلیہ تناسلی

### ADRENOGENITAL SYNDROME

حار یا بیض سے مترشح ہونے والے ANDROGEN کی زیادتی کے نتیجے میں یہ مرض ہوتا ہے۔ بعض اوقات ADRENAL CORTX فرط استنجا کے نتیجے میں بھی یہ کیفیت ہو سکتی ہے۔

اس مرض کی علامتیں عمر کے مطابق تبدیل ہوتی رہتی ہیں چنانچہ جنین کو یہ مرض حمل کے دور ان ہونے والے مجاورات کلیہ لحمائی کے افعال کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے اور پیدائش کے وقت بچوں میں اس کی علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ ان بچوں کے نظر قصبہ کی مانند ہوتے ہیں۔ بعض اوقات فوط بھی موجود ہوتا ہے UROGENITAL SINUS بھی ہوتا ہے۔ بچہ کی گردتہ تیزی کے ساتھ ہوتی ہے۔ سوزیر ناف اور مو، ابط دو تین سال کی عمر میں نکل آتے ہیں۔ آواز بھاری ہو جاتی ہے۔ گردتہ اور EPIPHYSIS کا ڈیولپمنٹ تیزی کے ساتھ ہوتا ہے۔

بچپن میں ہونے والا ADRENOCORTICAL HYPER FUNCTION

عموماً *ADRENAL TUMOUR* کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ان عورتوں کے جسم پر بال بھل آتے ہیں اور ساتھ ہی ساتھ موچھ اور داڑھی بھی ہوتی ہے۔ ان کی آواز بھاری ہوتی ہے۔ جسمانی بناوٹ مردوں کی مانند ہوتی ہے اور نظر بڑھا ہوا ہوتا ہے۔

بالغ عورتوں میں جب اس کی وجہ سے مردوں جیسی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں تو عورتوں میں پائی جانے والی طبیعتی علامتیں پہلے ختم ہو جاتی ہیں طث رک جاتا ہے۔ پستان اور دوسرے اعضاء تناسل میں ایٹرونی کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد جسم پر بال نکلتے ہیں۔ نظر بڑھ جاتا ہے اور مردوں جیسی علامتیں بھی ظاہر ہوتی ہیں۔ اس کے بعد بھی بعض میں نسوانیت قائم رہتی ہے لیکن نفسیات کا شکار ہو کر *HOMOSEXUAL* بن جاتی ہے۔

## علامات فارقہ

### *SIMPLE HIRSUTISM*

ایسی حالت میں بازوؤں اور رانوں پر بال اُگتے ہیں بعض اوقات سیدہ اور بطن پر بھی بال ہوتے ہیں۔ موچھ اور داڑھی بھی ہوتی ہے اس کے علاوہ مردوں جیسی کوئی دوسری علامتیں نہیں ہوتیں۔ طث منظم طریقہ پر ہوتا ہے اور ان عورتوں میں استقرار حمل کے امکانات ہوتے ہیں کیونکہ عموماً یہ صورت مردوئی ہی ہوا کرتی ہے۔

### *STEIN-LEVENTHAL SYNDROME*

اس مرن میں جسم پر بال بہت زیادہ نہیں ہوتے اور نہ نظر ہی بڑھا ہوتا ہے۔ نہ تو آواز کی بھاری ہوتی ہے نہ آواز احتباس طث ہوتا ہے۔ عاذ کا معائنہ کرنے پر دونوں بیض کیسہ کی مانند بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ ایسٹروجن اور *F.S.H* کا لیول کم ہو جاتا ہے۔

### *VIRILYZING OVARIAN TUMOUR*

یہ مرن زیادہ تر جوان عورتوں کو خصوصاً ۲۰ سے ۳۰ سال کے درمیان ہوتا ہے۔ ٹیومر کی وجہ سے عورتوں میں پائی جانے والی عام علامتیں ختم ہو جاتی ہیں جن کے نتیجے میں احتباس طث ہوتا ہے اور پستانوں میں ایٹرونی پیدا ہو جاتی ہے اس کے بعد مردوں جیسی دوسری علامتیں ظاہر ہوتی ہیں۔

چہرہ اور جسم پر بال نکل آتے ہیں۔ آواز بھاری ہو جاتی ہے۔ نظر بڑھ جاتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ ساتھ مبيض بھی ہوتی ہے۔

### STEIN LEVENTHAL SYNDROME

STEIN اور LEVENTHAL نے ۱۹۲۵ میں اس مرض کے بارے میں معلوم کیا۔ اس مرض میں دونوں جانب کے مبيض طبعی سائز سے دو تین گنا زیادہ بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ مبيض چکنی ہوتی ہیں اور ان میں نارمل حالت میں پائی جانے والی فکٹیں نہیں ہوتیں۔ ان کا غلاف دیڑ اور FIBROTIC ہوتا ہے جس کی وجہ سے مبيض کا رنگ زردی مائل سفید ہو جاتا ہے۔ ان عورتوں میں تبوليض نہ ہونے کی وجہ سے ثانوی احتباس طٹ اور عقر بھی ہوتا ہے جسم پر بال بھی ہوتے ہیں۔ بعض عورتیں فریہ ہوتی ہیں۔ پستان کا ڈیولوپمنٹ صحیح طریقے پر نہیں ہوتا۔ PITUITARY GONADOTROPHIN کی وجہ سے رحم میں ہونے والے غیر طبعی تحریک کے نتیجے میں یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ CULDOSCOPY LAPARASCOPY اور GYNAECOGRAPHY کے ذریعہ مبيض کی سائز باسانی معلوم کی جاسکتی ہے۔

### علاج

HUMAN CHORIONIC GONADOTROPHIN اور MRL 41

دیا جائے اور سرجیکل ٹریٹمنٹ کیا جائے۔



پانچواں باب

## (تشوہ) (سقوم) اعضا تناسل کی بد وضعی

نقص اعضا تناسل کے بارے میں سب سے پہلے DIONIS نے ۱۶۸۱ میں اپنے مشاہدات پیش کیے۔ اس کے بعد CANESTRINI نے ۱۷۸۸ میں اس کے بارے میں تحقیق کی۔ لیکن ۱۸۵۰ عیسوی کے بعد مزید تحقیقات کی گئیں۔ ان میں سے زیادہ تر واقعات ایسے تھے جن کے نتیجے میں حمل یا وضع حمل میں پیچیدگیاں پیدا ہوئی تھیں۔ چنانچہ ۱۸۵۲ میں SCANZONI نے ایک ایسا کیس پیش کیا جس کے RUDIMENTARY HORN میں استقرار حمل ہوا تھا۔ اس کے بعد ۱۸۶۳ میں H. GRACE نے DOUBLE UTERUS میں ہونے والے حمل کے بارے میں اپنی رپورٹ پیش کی۔ ۱۸۸۳ میں H. KALTENBACH نے UTERUS UNICORNIS میں ہونے والے حمل کے بارے میں بتایا۔ MACGREGOR نے ۱۹۰۴ میں اس قسم کے نادر واقعات کا ریکارڈ تیار کیا۔

مہل کی فیر طبعی صورتوں کے بارے میں سب سے پہلے VOELKEL نے ۱۸۶۴ میں اپنے مشاہدات پیش کیے۔ KERMAUNER نے ۱۹۲۴ اور ۱۹۳۳ کے درمیان اس قسم کے ۷۳ واقعات کی رپورٹ تیار کی۔ LAWRENSON اور BLACKER (1۸۹۴ - NCE) میں خنثیت صادق (TRUE HERMAPHRODITISM) پر تحقیق کا کام انجام دیا۔

یہ نقص بعض اوقات ایسے ہوتے ہیں کہ طبعی افعال کو مکمل طور پر خراب کر دیتے ہیں۔ لیکن

بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی اور اتفاقیہ اس کا پتہ چلتا ہے۔  
 بعض اوقات حمل اور وضع حمل پر بھی اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ صرف ولادت غیرہ (DYSTOCIA)  
 ہونے کی صورت میں شقی قہری (CAESAREAN SECTION) OBSTERTRID  
 MANIPULATION مثلاً "اندرونی تدویر" (VERSION) یا شیم کودسکاری  
 کے ذریعہ نکالنے کے دوران اس کا پتہ چلتا ہے۔

## نقص قاذبین

### ۱۔ قاذبین کا معدوم ہونا

یہ قسم بہت ہی کم ہوتی ہے اور اگر ہوتی بھی ہے تو ایسی حالت میں رحم بھی معدوم ہوتا ہے۔  
 اگر رحم موجود ہو تو قاذف کے بجائے (CORNU) میں چھوٹی مٹر کی مانند ساخت ہوتی ہے۔  
 UTERUS UNICORNIS کی صورت میں عام طور پر ایک جانب کا قاذف نہیں ہوتا۔ اور  
 اس جانب کا بیض یا تو معدوم ہوتا ہے یا اس کا ڈیولپمنٹ صحیح طریقے پر نہیں ہوتا۔

### ۲۔ قاذف کا جزوی طور پر معدوم ہونا

بعض اوقات یہ دیکھا گیا ہے کہ قاذف کا نصف حصہ DISTAL یا PROXIMAL  
 ہی معدوم ہوتا ہے۔ جب صرف اندرونی نصف حصہ میں یہ صورت ہوتی ہے تو قاذف  
 UTERINE CORNU سے تھوڑے فاصلہ پر یکبارگی ختم ہو جاتا ہے۔ اور جب  
 باہری نصف حصہ موجود ہوتا ہے تو باقی حصہ ایک باریک بندگی ہوتی CORU کی مانند ہوتا ہے۔  
 بعض عورتوں میں ناکمل CANALIZATION کی صورت بھی ہو سکتی ہے۔  
 سم۔ بعض اوقات قاذف میں نقص نہو کی صورت ہوتی ہے۔ ایسے ٹیوب لمبے اور بہت ہی پیچدار  
 ہوتے ہیں اور بعض اوقات اس کے نتیجے میں قاذف میں حمل ہوتا ہے۔

## ۵. ACCESSORY ABDOMINAL OSTIA

بعض عملوں میں ایک سے زیادہ ACCESSORY OSTIUM ہوتے ہیں۔ یہاں تک کہ بعض میں پچھ ACCESSORY OSTIUM بھی دیکھے گئے ہیں

۴۔ قاذبین میں ہونے والا DIVERTICULA

۷۔ قاذف کا اپنی جگہ سے ہٹ جانا۔

نکلی یا جزدی طور پر قاذف کے معدوم ہونے یا دونوں قاذف کے ناکمل CANALIS ATION کے نتیجے میں عقر مطابق ہوتا ہے ACCESSORY OSTIA اور قاذف کے DIVERTICULA کی صورت میں اگر باردار بیضہ اس میں پھرتا ہے تو اس کے نتیجے میں حمل متنبذ (ECTOPIC PREGNANCY) ہو سکتا ہے اسی طرح قاذف کے نقص نہ ہو، حالت میں باردار بیضہ کی حرکت صحیح طور پر نہ ہونے کے نتیجے میں بھی حمل متنبذ ہو سکتا ہے۔

## نقص رسقوم (رحمی)

اس کے دو اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱۔ PARAMESONEPHRIC DUCT کا نقص اتصال

۲۔ FIBROMUSCULAR WALL کی بناوٹ میں خرابی ہونے کے نتیجے میں ہونے والا قسم۔

ذیل میں انہیں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا رہا ہے۔

PARAMESONEPHRIC DUCT کے نقص اتصال کے

نتیجے میں ہونے والا قسم

۱۔ UTERUS DIDELPHYS

۱۔ UTERUS DUPLEX یا DIDUCTUS بھی کہتے ہیں ایسی

حالت میں ہر ایک PARAMESONEPHRIC DUCT کا تو علاحدہ علاحدہ ہوتی ہے



ان میں دو رحم دو عنق الرحم اور دو مجرائے ہبیل علاحدہ علاحدہ ہوتی ہیں لیکن منفذ فرج عام طور پر ایک



Uterus Didelphys



Uterus Pseudo  
Didelphys



Uterus Bicornis  
Unicollis



Uterus Bicornis with  
One horn Rudimentary



Uterus  
Unicornis



Uterus  
Septus



Uterus  
Subseptus



Double Uterus - 19



Bicornuate Uterus - 18

ی ہوتا ہے۔ ان میں دونوں رحم کے درمیان ایک دبیز VESICORECTAL LIGAMENT ہوتا ہے۔

UTERUS PSEUDO-DIDELPHYS

-۲

سقم کی اس قسم میں ہبیل اور عنق الرحم کی دونوں نالیاں ایک دوسرے سے بہت قریب ہوتی

ہیں۔ دونوں رحم کے درمیان باریطون کی ایک تہہ ہوتی ہے جسے *VESICO-RECTAL FOLD* کہتے ہیں

### ۳۔ *UTERUS BICORNIS BICOLLIS*

اس قسم میں جسم رحم میں *FUSION* ناقص طور پر ہوتا ہے۔ اوپری حصہ علاحدہ ہی ہوتا ہے جس کے نتیجے میں قاع الرحم غائب ہوتا ہے اور دوسری معائنہ کرنے پر قاع الرحم کے ابھار کے بجائے باؤس محسوس ہوتا ہے۔ ان میں علق الرحم ایک ہی ہوتی ہے لیکن مہبل میں ایک درمیانی *SEPTUM* ہوتا ہے جو علق الرحم اور جسم رحم تک پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

### ۴۔ *UTERUS BICORNIS UNICOLLIS*

ایسی حالت میں مہبل اور علق الرحم ایک ہی ہوتی ہے لیکن جسم رحم ایک *SEPTUM* کے ذریعہ فم رحم تک دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے قاع الرحم صحیح طور پر ڈیولپ نہیں ہوتا۔ اور اس کا محبہ حصہ دوسری معائنہ کرنے پر محسوس نہیں کیا جاسکتا اس قسم کی تشخیص اس وقت ہوتی ہے جب کہ

*HYSTEROSALPINGO-UTERINE SOUND* استعمال کیا جاتے ہیں۔

*GRAPHY* کی جاتی ہے۔

### ۵۔ *UTERUS BICORNIS RUDIMENTARY HORN*

سقم کے اس قسم میں رحم کے دو برابر حصے ہوتے ہیں لیکن ان کے ڈیولپمنٹ میں کوئی تناسب نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک مکمل طور پر ڈیولپ نہیں ہوا ہوتا ہے۔ نارمل طریقے پر ڈیولپ ہونے والا دوسرے (*RUDIMENTARY HORN*) سے براہ راست یا *FIBROMUSCULAR BAND* کے ذریعہ چسپاں ہوتا ہے۔ زیادہ تر واقعات میں *RUDIMENTARY HORN* (مکمل طور پر ڈیولپ نہ ہونے والے حصے) اور رحم کے درمیان کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

#### 4- UTERUS UNICORNIS

جب ایک MULLERIAN DUCT میں کل طور پر نقص نہ ہو تو  
 UTERUS UNICORNIS بنتا ہے۔ ایسی حالت میں ڈیولپ ہونے والا حصہ ٹیوب  
 کی مانند ہوتا ہے اور جانب میں جھکا ہوا ہوتا ہے مخالف جانب RUDIMENTARY  
 DUCT (مکمل طور پر ڈیولپ نہ ہونے والا حصہ) FIBROUS CORD  
 کی مانند ہوتا ہے اور UNICORN UTERUS کے کدے چسپاں ہوتا ہے۔

#### 2- UTERUS SEPTUS + SUBSEPTUS

اس قسم میں قاع الرحم مکمل ڈیولپ ہوتا ہے۔ رحم ناشپاتی کی شکل کا ہوتا ہے لیکن ایک  
 درمیانی SEPTUM کے ذریعہ جو فیروزی یا کھلی طور پر علاحدہ ہوتی ہے۔ لیکن فرق  
 یہ ہے کہ UTERUS SEPTUS میں SEPTUM ہم ہبلی  
 تک ہوتا ہے جبکہ UTERUS SUBSEPTUS میں SEPTUM صرف  
 فرم رحم تک ہی ہوتا ہے۔

#### 3- UTERUS ACQUATUS

نقص کی یہی قسم عام طور پر ہوا کرتی ہے اور اگر جو فیروزی ہو تو حمل یا وضع حمل کے دوران  
 کوئی پیچیدگی نہیں پیدا ہوتی۔

کے نقص ساخت کے نتیجے FIBROMUSCULAR WALL

میں ہونے والا قسم

خیشیت کا زب (PSEUDO-HERMAPHRODISM) کے علاوہ عام طور پر رحم مکمل  
 معدوم نہیں ہوتا۔ مکمل طور پر ڈیولپ نہ ہونے والا رحم دراصل رحم کی دیواروں کی تکمیل (ڈیولپ)  
 نہ ہونے کا ثبوت ہوتا ہے ایسی حالت میں رحم ہبلی کے اوپری سرے پر ایک مٹر کے برابر عکس  
 ہوتا ہے اور عقی الرحم کا ہبلی حصہ معدوم ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں خفصر سا جو فیروزی رحم ہوتا ہے

جس کے ساتھ ہہل کے اوپری کنارے پر بہت باریک سا سوراخ ہوتا ہے۔ بعض میں جوف مکمل طور پر برہاد ہو جاتی ہے۔ ان عورتوں میں ابتدائی احتباس طث عام طور پر ہوتا ہے۔

#### INFANTILE UTERUS (UTERUS FOETALIS)

یہ صورت ڈیولپمنٹ میں رکاوٹ آ جانے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے جو پیدائش کے وقت ہی ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں رحم کی مکمل لمبائی ایک یا ڈیڑھ انچ ہوتی ہے جس میں سے پچھڑے حصہ میں غرق الرحم ہوتا ہے۔ غرق الرحم غزوطی اور قلم ہہل بہت تنگ ہوتی ہے۔ ہہل جھوٹی اور *Fornicess* سطحی ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں عام طور پر ابتدائی احتباس طث ہوا کرتا ہے۔ بعض عورتوں میں طویل وقفہ سے خون کے چند قطرے خارج ہو جایا کرتے ہیں۔ زیادہ تر عورتیں شدید قلم کے عسر طث میں مبتلا ہوتی ہیں۔

#### PUBESCENT UTERUS

اس قسم کے سقم میں رحم کا ڈیولپمنٹ آٹھ دس سال تک طبعی ہوتا ہے لیکن بلوغت کے وقت اس کی گروتھ میں رکاوٹ آ جاتی ہے اس کے نتیجے میں رحم کی سائز نارمل سے کم ہوتی ہے۔ جسم رحم اور غرق الرحم کی لمبائی برابر ہوتی ہے لیکن ہہل جھوٹی ہوتی ہے۔ *Fornicess* سطحی ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں طویل وقفہ کے ساتھ بہت اختصار کے ساتھ طث ہوتا ہے جس کے ساتھ عسر طث تشنجی (*SPASMODIC DYSMENORRHOEA*) بھی ہوتا ہے۔ ان میں عقم بھی ہوتا ہے۔ لیکن رحمی دلوار کے صحیح طریقہ پر ڈیولپمنٹ ہونے کی وجہ سے حمل کے ابتدائی دنوں میں بار بار استعاط ہو جایا کرتا ہے۔ ان کے رحم میں *ACUTE ANTEFL* عام طور پر *RETROFLEXION* یا *ECTION*

پایا جاتا ہے۔

لوجوان عورتوں کو اگر ابتدا ہی سے شدید قلم کا عسر طث ہو تو اس سے سقم رحمی کا پیر چلتا ہے۔ اور یہ نقص عام طور پر رحم کے عضلات کے نقص کمنو کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

سقم رحمی میں عموماً طث میں بے قاعدگی نہیں پائی جاتی ہے لیکن *DOUBLE - UTERUS* اکثر کثرت طث کا سبب طث بنتا ہے مگر *DOUBLE UTERUS*

ہونے کی حالت میں دونوں جانب UTERUS یا CERVICAL ATRESIA ہوتا اس کے نتیجے میں ATRESIA کے علق الرحم میں ہوتا اس کے نتیجے میں ابتدائی احتباس طمث ہو سکتا ہے۔ سقوم رحمی کے نتیجے میں بعض اوقات علق بھی ہو سکتا ہے لیکن عام طور پر یہی دیکھا گیا ہے کہ رحم میں سقوم ہونے کے باوجود بھی استقرار حمل بغیر کسی دقت کے ہوتا ہے۔

### اسقاط معیادی HABITUAL ABORTION

رحمی سقوم کے نتیجے میں پہلے یا دوسرے شہور ثلاثہ (TRIMESTER) میں اسقاط ہو سکتا ہے۔ اگر کسی عورت میں یہ ہسٹری پائی جاتی ہو تو ایسی حالت میں رحمی سقوم کے امکانات ہو سکتے ہیں اور تشخیص کے لیے HYSTEROSALPINGOGRAPHY کی مدد لی جاسکتی ہے۔

چونکہ UTERUS SEPTUS اور SUB SEPTUS میں رحم بظاہر طبعی ہی معلوم ہوتا ہے اور معمولی کے مطابق دودستی معاینہ کے ذریعہ اس کی تشخیص نہیں ہو پاتی۔ اس نقص کا اس وقت تک پتہ نہیں چلتا جب تک کی قبالی پچیدگی صورت میں UTERINE MANIPULATION نہ کیا جائے۔

UTERUS- یا BICORNUATE UTERUS  
DIDELPHIS- کی تشخیص دودستی معاینہ کے ذریعہ آسانی کی جاسکتی ہے۔ اور تشخیص اس وقت اور بھی آسانی سے ہو جاتی ہے جبکہ VERTICAL VAGINAL SEPTUM ہو۔  
یاد و علاوہ علاوہ علق الرحم ہوں۔ اس کے علاوہ اگر UTERINE SOUND داخل کرنے کے بعد ایسکرے لے لیا جائے۔ یا -HYSTERO SALPINGOSRA -PHY کی جائے تو بھی صحیح تشخیص ہو سکتی ہے۔ اگر رحم کا مکمل حصہ غائے کسی ایک جانب ہو تو یہ صورت UTERUS UNICORNIS ہی میں ہو ا کرتی ہے۔

## پچیدگیاں

اگر صحیح طور پر ڈیولوپ ہونے والے BICORNUATE UTERUS کے ایک یا دونوں مجراے علق الرحم یا BICORNUATE UTERUS کے صحیح طور پر ڈیولوپ

نہ ہونے والے حصہ (RUDIMENTARY HORN) میں رکود کی صورت پیدا ہو جائے تو اس کے نتیجے میں طبعی ترشح جوف رحم میں اکٹھا ہونے لگتا ہے جو بڑھ کر ایک مدور *mass* کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور کسی ایک جانب پڑا ہوا ہوتا ہے۔ اگر کسی لڑکھانہ عورت میں اس علامت کے ساتھ ساتھ شدید قسم کا عسر طبع بھی ہو تو ایسی حالت میں غفلت نہیں کرنی چاہیے۔ اکثر اس *mass* پر کیسہ رحمی یا *FIBROMYOMA* کا شبہ ہوتا ہے بعض اوقات اس کے ساتھ ساتھ *HAEMATOSAL PINX* بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں علاحدہ علاحدہ تین *mass* ہوتے ہیں جن میں سے ایک گلوب کی مانند ہوتا ہے۔ جو *HAEMATOMETRA* ہوتا ہے اور دوسرے دو پھیلے ہوئے ہوتے ہیں جو *BILATERAL HAEMATOSAL PINX* ہوتے ہیں۔

## حمل اور وضع حمل پر تقوم رحمی کے اثرات

### ۱. حمل متبذ *ECTOPIC PREGNANCY* (حمل خارج رحم)

عموماً اسے نارمل حمل ہی سمجھا جاتا ہے اور اس کی تشخیص اس وقت تک نہیں ہو پاتی جب تک کہ وہ نشق نہ ہو جائے۔ یہ انشقاق عموماً ۱۲ ویں اور ۲۰ ویں ہفتہ کے درمیان ہوتا ہے۔ اس میں درد کے ساتھ ساتھ شدید قسم کا باریطونی نزع بھی ہوتا ہے۔ اگر رحم کے نقص نمونہ کے باوجود *MYOMERIUM* کا ڈیولپمنٹ صحیح طریقے پر ہوا ہو تو حمل اپنی نارمل مدت تک قائم رہ سکتا ہے۔ اور نشق قیصر *CAESAREAN SECTION* کے ذریعہ زندہ جنین کو بچایا جا سکتا ہے۔ لیکن صحیح طور پر تشخیص نہ ہو سکنے کی صورت میں بچہ رحم میں مرجاتا ہے۔ اور *LITHOPOEDIAN* کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔

### ۲. انفصال *TORSION*

یہ صورت بہت ہی کم ہوتی ہے اور اگر ہوتی بھی ہے تو *HORN* کے کثرت تحرک کے نتیجے میں۔

## MALPRESENTATION

TRANSVERSE LIE میں UTERUS SUBSEPTUS

یا BREECH PRESENTATION ہو سکتا ہے جسے بیرونی تدویر -  
(EXTERNAL VERSION) کے ذریعہ درست نہیں کیا جاسکتا۔ اگر ایگرے  
کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو جنین کا سر SEPTUM کے ایک جانب  
اور BREECH دوسری جانب نظر آتا ہے۔

SIMULTANEOUS PREGNANCY ۴۔

BICORNUATE UTERUS کے دونوں سروں میں حمل کے اسکاٹا  
ہوتے ہیں اور اس طرح سے TWIN PREGNANCY بھی ہو سکتی ہے۔

SUPERFOETATION ۵۔

ایسا دیکھا گیا ہے کہ ایک جنین کی پیدائش کے کئی دن یا ہفتہ کے بعد دوسرے جنین کی پیدائش ہوتی ہے۔

۶۔ ولادت عسیرہ DYSTOCIA

DOUBLE UTERUS ہونے کی حالت میں اگر رحم کا وہ حصہ جس  
میں حمل نہیں ہے PRESENTING PART کے سامنے آجائے یا دونوں  
HORN میں حمل ہو تو وہ HORN جسے جنین خارج ہوا ہو عاز میں گر  
سکتا ہے۔ جس کے نتیجے میں دوسرے بچے کی ڈیلیوری میں رکاوٹ پیدا ہو سکتی ہے۔

۷۔ میٹھمرہ محبتہ RETAINED PLACENTA

بعض اوقات جبکہ میٹھمرہ UTERUS SEPTUS کے SEPTUM  
ہے چسپاں ہوتا ہے تو اسے دستکاری کے ذریعہ نکالنے کے وقت بھی دقت کا سامنا ہوتا ہے۔

## نقص فرج و مہبل DOUBLE VAGINA

نقص کی یہ صورت بہت ہی کم ہوتی ہے اور عام طور پر اس کے ساتھ ساتھ دوسرے نقص جیسے SPLIT PELVIS یا ایک کلیہ معدوم ہونا بھی ہوتا ہے۔

## SEPTATE VAGINA

یہ نقص اکثر ہو کرتا ہے جس میں SEPTUM یا تو عمودی ہوتا ہے یا عرضی جزوی بھی ہوتا ہے اور مکمل بھی۔ یہ مجراے مہبل کو دو حصوں میں تقسیم کر دیتا ہے لیکن دونوں حصے برابر نہیں ہو کرتے۔ ان میں سے ایک نسبتاً چھوٹا اور تنگ ہوتا ہے SEPTUM



VAGINAL SEPTUM

کی دباؤ تبدیل ہوتی رہتی ہے۔ اس کی ساخت میں کنارے کی جانب مہبل غشاء غلطی اور درمیان میں عضلاتی انسجہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ SEPTUM نامکمل ہونے کی وجہ سے پوری لمبائی تک نہیں پہنچتا۔

باکرو عورتوں میں عموماً اس کی تشخیص نہیں ہو پاتی۔ اور شادی کے بعد یہ عورتیں DYSPARAUNIA میں مبتلا ہو جاتی ہیں خصوصاً جب کہ دخول تنگ حصہ میں ہوتا ہو اگر دخول و انزال ہمیشہ اسی حصہ میں ہوتا رہا جس میں عنق الرحم نہیں ہے تو اس کے نتیجے میں عقر ہوتا ہے۔ حمل اور وضع حمل پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا کیونکہ جنین کے گذر تے وقت SEPTUM ایک کنارے دب جا یا کرتا ہے بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ اس کے نتیجے میں وضع حمل کے وقت کوئی رکاوٹ پیدا ہو۔ اگر وضع حمل کے دوران



یہ شق ہو جائے تو اس کے نتیجے میں شدید قلم کا جریان دم ہوتا ہے۔

### UNILATERAL VAGINA

نقص کی یہ صورت بہت کم ہوتی ہے اگر ہوتی بھی ہے تو  
کے ساتھ۔ ایسی حالت میں مہبل تنگ اور درمیان کے بجائے کسی ایک  
جانب ہوتی ہے۔

### HAEMATOCOLPOS

اس کے نتیجے میں CRYPTOMENORRHOEA ہوتا ہے جسے  
"HIDDEN MENSTRUATION" بھی کہتے ہیں۔ ایسی حالت میں متغذیر ایک  
غشاء ہوتی ہے اسے غشاء بیکارت غیر مشقوب (IMPERFORATE HYMEN)  
کہا جاتا ہے۔ اس مرض میں مبتلا لڑکیوں کو جب ملت شروع ہوتا ہے تو اس غشاء کے نتیجے میں



HAEMATOCOLPOS

دم طشی مہبل سے باہر خارج نہیں ہوتا ہے اور مہبل ہی میں اکٹھا ہونے لگتا ہے ایسی حالت  
کو HAEMATOCOLPOS کہتے ہیں۔ اس کے نتیجے میں مہبل متغض  
اور چکدار ہوتی ہے اور وہاں پر ایک بڑی کيسہ کی مانند دم ہوتا ہے جو عانہ کو پُر کرنے کے  
بعد بعض اوقات جوف بطن تک پہنچ جاتا ہے۔ اگر یہ صورت ایک عرصہ تک قائم رہے تو اس

کے نتیجے میں جوف رحم میں بھی نفع پیدا ہو جاتا ہے اور **HAEMATOMETRA** ہوتا ہے اور اگر قاذفی میں یہ مصدت پیدا ہو جائے تو **BILATERAL - HAEMATOMETRA** ہوتا ہے۔

غشاء بکارت غیر مشقوب ہونے کی تشخیص بچی کی پیدائش کے فوراً بعد ہی ہو جاتی ہے۔ اگر ۱۵-۱۶ سال کی عمر تک اس کے بارے میں نہ معلوم ہو تو ان لڑکیوں میں طمث تاخیر سے شروع ہوتا ہے ان کے بطن میں درد دہیشر رہتا ہے جو طمث کے دنوں میں زیادہ تکلیف دہ ہو جایا کرتا ہے۔ بعض لڑکیوں میں مہبل کے ذباؤ کے نتیجے میں احتباس بول بھی ہوتا ہے۔ فرج کا معائنہ کرنے پر ایک سخت نیلگوں غشاء نظر آتی ہے۔ ان عورتوں کا سر جیکل ٹریمنٹ کیا جاتا ہے۔

#### MUCOCOLPOS

وہ حالت ہے جس میں مہبل میں خون کے بجائے مخاطی رطوبت اکٹھا ہو جاتی ہے۔ اس کا علاج **HAEMATOCOLPOS** ہی کا مانند کرنا چاہیے۔

#### VAGINAL ANUS

اس میں میرز معدوم ہوتی ہے اور اس کی جگہ پر صرف ایک نشان سا ہوتا ہے اور مقصد مہبل کے خلفی دیوار کے زیریں ٹیٹ پر ملی ہوئی ہوتی ہے۔

#### VESTIBULAR ANUS

اس میں برزکاسوراخ **VESTIBULE** میں ہوتا ہے اور میرز کی جگہ صرف ایک نشان سا ہوتا ہے۔ عام طور پر ایسی حالت میں **SPHINCTERIC CONTROL** صحیح طریقے پر ہوتا ہے ان میں عجان نہ ہونے کی وجہ سے وضع حمل کے دوسرے درجہ میں کوئی دقت نہیں ہوتی۔ **SPHINCTERIC CONTROL** صحیح ہونے کی صورت میں کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ بصورت دیگر سر جیکل ٹریمنٹ کریں۔



(VESTIBULAR ANUS) (۶۶)

## مہبل کا خلقی طور پر معدوم ہونا

یہ بہت ہی کم ہوتا ہے۔ اور اگر ہوتا ہے تو اس کے ساتھ عام طور پر رحم بھی معدوم ہوتا ہے۔ بعض اوقات BICORNULATE UTERUS بھی ہوتا ہے۔ ان عورتوں میں مجراے تناسل کے نقص کے ساتھ ساتھ مجراے بول میں بھی نقص پایا جاتا ہے۔

## چھٹا باب

## طہشی عوارض

## احتباس طہش AMENORRHOEA

بالغ عورتوں میں اگر طہش نہ ہو تو ایسی حالت کو احتباس طہش کہا جاتا ہے اگر ۱۸ سال کی عمر تک طہش نہ شروع ہو تو اسے ابتدائی احتباس طہش (PRIMARY AMENORRHOEA) کہتے ہیں اور اگر پہلے طہش جاری ہوا ہو اور اس کے بعد رک جائے تو اسے ثانوی احتباس طہش (SECONDARY AMENORRHOEA) کہتے ہیں اگر طہش ہو لیکن کسی خلقی نقص (مثلاً غشاء

بکارت کا غیر مشقوب ہونا، مجرائے علق الرحم کا محروم ہونا TRANSVERSE VAGINAL SEPTUM کی دھیر سے دم طہش باہر نہ خارج ہوتا ہو تو اسے CRYPTOMENORRHOEA کہتے

ہیں۔ بلوغت سے قبل۔ سن یا س کے بعد اور رضاعت کے دوران ہونے والے احتباس طہش کو طبعی احتباس طہش PHYSIOLOGICAL AMENORRHOEA کہا جاتا ہے

طہش شروع ہونے کی عمر تمام عورتوں میں یکساں نہیں ہوتی۔ عام طور پر سرد آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں میں گرم آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں کی یہ نسبت طہش دیر سے شروع ہوتا ہے۔ اگر ۱۸ سال کی عمر کے بعد بھی طہش نہ شروع ہو تو GYNÆCOLOGICAL INVESTIGATION

ضروری ہے ہر مہینہ طہش کی مکمل مدت میں تقریباً 50—100 c.c. خون خارج ہوتا ہے خون کی رنگت سے اس کی کیفیت کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے چنانچہ اگر اس کا رنگ گلابی ہو تو نارمل۔ شروع سرخ ہو تو زیادتی اور اگر گہرا یا سیاہی مائل ہو تو طہش کی کمی کا پتہ چلتا ہے عام طور

پراس خون کو جذب کرنے کے لیے روزانہ صرف دو پیڑ کافی ہوتے ہیں۔  
دم طٹ مندرجہ ذیل اشیا پر مشتمل ہوتا ہے۔

- ۱۔ غشاء مبطن رحم کے برباد شدہ اجزاء۔
- ۲۔ FIBRIN کے علاوہ خون کے دوسرے عناصر۔
- ۳۔ مخاط علق الرحم
- ۴۔ جہلی ترشح

ایک طبعی دورہ طٹ کے لیے HYPOTHALMUS قدامی خنایہ بیض اور غشاء مبطن رحم کے درمیان ہارمونی تعلق بہت ضروری ہے۔ اگر یہ تسلسل کسی طرح منقطع ہو جائے تو اس کے نتیجے میں احتباس طٹ ہوتا ہے۔  
ذیل میں اسباب کے اعتبار سے بیان کیا جا رہا ہے۔

## ۱۔ HYPOTHALMIC اسباب

بعض اوقات جذباتی زچان جیسے حادثات یا کسی شخص کی موت جس سے بہت جذباتی لگاؤ رہا ہو یا حمل کا خوف یا حاملہ ہونے کی وجہ سے زیادہ خواہش کے نتیجے میں احتباس طٹ ہو سکتا ہے اسی طرح بعض حساس عورتوں میں NERVOUSNESS یا EMOTIONAL UPSET کے نتیجے میں بھی احتباس طٹ ہوتا ہے۔ احتباس کی اس قسم میں خنایہ کے قدامی حصہ کے GONADOTROPHIN یا بیض کے افعال میں خلل واقع ہوتا ہے۔ نتیجے میں بھی خنایہ کا قدامی حصہ متاثر ہوتا ہے جس کے نتیجے میں احتباس طٹ ہو سکتا ہے۔

## ۲۔ غدو غیر ناقلہ باطن الافراز کے نتیجے میں ہونے والا احتباس طٹ

غدو باطن الافراز سے تعلق رکھنے والے بہت سے امراض ایسے ہیں جن کے نتیجے میں احتباس طٹ ہوتا ہے۔ انہیں تفصیل کے ساتھ چوتھے باب میں بیان کیا گیا ہے یہ امراض

FROHLIC SYNDROME SHEEHAN'S SYNDROME  
PITUITARY DWARFISM STEIN LEVENTHAL SYNDROME TURN  
ER'S SYNDROME MYXOEDEMA CRETINISM  
MASCULINISING اور مینیس یا مجاور کلیہ کے  
TUMOUR ہیں۔

### ۳۔ رحمی اسباب

رحم دہیل کی عدم موجودگی۔ رحم کے نقص نمو یا INFANTILE UTERUS کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہو سکتا ہے۔ ان لڑکیوں کے مینیس کے افعال نارمل ہونے کی وجہ سے ہڈیوں کی گروتھ اور ثانوی جنسی علامتیں اسی طرح ڈیولپ ہوتی ہیں اگر مینیس (خصیتہ الرحم) میں کوئی خرابی ہو تو ان لڑکیوں کے پستان مکمل طور پر ڈیولپ نہیں ہوتے اور غدد ناسل کے نقص نمو کی دوسری علامتیں بھی موجود ہوتی ہیں۔

اسقاط کے بعد بار بار ہونے والا تعدیہ یا انفاسی تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والے GAN- GRENOUS ENDOMETRITIS جس میں غشاء مبطن رحم مع سطحی حصہ کے برباد ہو جاتا ہے۔ اس میں بھی مکمل طور پر احتباس طمث ہوتا ہے۔ جو لاعلاج ہے بعض اوقات اسقاط یا انفاس کے بعد CURETTAGE کرنے سے جس کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم کا موصلی حصہ کھرج جائے احتباس طمث ہو سکتا ہے

۴۔ سرجری یا RADIO THERAPY کے نتیجے میں ہونے والا احتباس طمث CAESAREAN HYSTERECTOMY HYSTERECTOMY BILATERAL

(TUBO-OVARIAN MASSES) SALPINGO OOPHORECTOMY کے لیے

یا بیض سلعات کے لیے OVARIOCTOMY احتباس طمث کے اہم اسباب شمار کئے جاتے ہیں۔

۵۔ ترکیبی اسباب CONSTITUTIONAL CAUSES

بعض اوقات نقص تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والے شدید قسم کے زینیا، درن یا مغز میں

اعتباس طث کا عام سبب ہوا کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ ٹائیفائیڈ یا دوسرے ایسے بخار جس میں SKIN ERUPTION ہوں (EXANTHEMATOUS FEVER) ان کے نتیجے میں چند مہینوں کے لیے اعتباس طث ہو جایا کرتا ہے۔ جو تند دست ہونے کے بعد خود بخود ختم ہو جاتا ہے۔

#### ۴۔ سمن معوط OBESITY

اس حقیقت کے باوجود کہ فریہ کا تعلق باطن الافراز عوارض سے ہے یہ دیکھا گیا ہے کہ زیادہ عورتوں ENDOCRINE ABNORMALITIES کی کوئی علامت نہیں ہوا کرتی اس کے باوجود فریہ عورتوں میں طویل وقف سے قلت طث کی ہسٹری ہوتی ہے یا ان میں سے اکثر اعتباس طث میں مبتلا ہوتی ہیں۔

تشخیص

عام طور پر معائنہ کے دوران اعتباس کا سبب معلوم ہو جایا کرتا ہے۔ اگر معائنہ کے ذریعہ سبب نہ معلوم ہو سکے تو پھر غدد باطن الافراز کی فرائیوں کے بارے میں INVESTIGATION کرانا چاہیئے۔

#### ہسٹری

اگر کسی نوجوان عورت کے HYPOGASTRIUM میں شدید قسم کا درد رہا کرتا ہو اس میں اعضا تناسل کی (MALFORMATIONS) کے امکانات ہو سکتے ہیں فریہ عورتوں کے بارے میں یہ معلوم کیا جائے کہ طث کے رکنے اور وزن کے بڑھنے میں کوئی تعلق تو نہیں آیا جیسے جیسے وزن بڑھتا گیا ویسے ہی طث میں بد نظمی آتی گئی۔ بعض اوقات بعض مزمین امراض کے نتیجے میں یا اگر عورت کسی حاد مرض میں مبتلا ہوئی تو اس کی وجہ سے بھی اعتباس طث ہو سکتا ہے۔ اسی طرح جذباتی عمو مائٹالوئی اعتباس طث کا سبب بنتے ہیں۔ اسقاط یا وضع حمل کے بعد ہونے والے شدید قسم کے تعدیہ کے نتیجے میں بھی اعتباس طث ہو سکتا ہے۔ اسی طرح اگر CURETTAGE کے وقت طاقت کے ساتھ اسی طرح SCRAP کیا جائے کہ غشاء مطبن

رحم کی پوزی دیبازت تک اس کا اثر پہنچے تو اس کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہو سکتا ہے۔

## معائنہ

معائنہ کے وقت جسم کی گردتھ کے بارے میں معلوم کیا جائے تاکہ ضدماطن الافراز کے غیر طبعی صورتوں کے بارے میں معلوم ہو سکے۔ کیونکہ گردتھ کارک جانا PITUITARY DWARFISM یا CRETIN شدید قسم کے ترف بعد ولادت کے نتیجے میں ہونے والی کمزوری۔

یا SIMMOND'S DISEASE سمن مغرط FROHLICH'S SYNDROME یا CUSHING SYNDROME VIRILIZING EFFECTS میض کے MASCULINIZING TUMOUR یا ADRENAL کے ٹیومر ADRENAL HYPERPLASIA STEIN LEVENTHAL SYNDROME

کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہو کرتا ہے۔

بیرونی اعضا کا معائنہ بہت دھیان کے ساتھ کرنا چاہیے کیونکہ ان کی نشوونما سے میض کی کیفیت کا پتہ چلتا ہے۔ شفران کو علاحدہ کر کے منفذ کو دیکھا جائے تاکہ بغیر مشقوب غشاء بکارت یا ہبسل کے محروم ہونے کے بارے میں معلوم ہو سکے ہبسل اور عرق الرحم کے معائنہ کے لیے SIMS یا BIVALVE SPECULUM استعمال کیا جائے اعضا تناسل کے

نفس نمو کی صورت میں مجرائے ہبسل چھوٹی ہوتی ہے FORNICES سطحی ہوتے ہی عرق الرحم کا ہبسل حصہ چھوٹا اور مخروطی ہوتا ہے۔ نم ہبسل باریک اور تنگ ہوتی ہے۔ نقص نمو کے ساتھ اگر INFANTILE UTERUS بھی ہو تو عرق الرحم کا ہبسل حصہ محروم ہوتا ہے اور نم ہبسل

کی جگہ پر ایک گڈھا سا ہوتا ہے جس میں چھوٹا سا سوراخ ہوتا ہے۔ دوسری معائنہ کرنے پر رحم INFANTILE HYPOPLASTIC اور بعض اوقات مکمل طور پر ڈیولپ نہیں ہوتا۔ یا بہت اوقات نہیں بھی ہوتا۔ دونوں جانب میض کیسے کی مانند ہونی یا کسی ایک FORNIX میں سلع کا ہونا یا طن الافراز کے عوارض پر دلالت کرتا ہے۔

احتباس طمث کی تشخیص کے دوران درج ذیل INVESTIGATIONS بہت ضروری ہیں

1 - ROUTINE BLOOD COUNT

2 - E. S. R.



۳۔ صدر کا ایکسرے

## علاج

بہتر یہی ہے کہ علاج سے قبل INVESTIGATION کے ذریعہ یہ پتہ لگایا جائے کہ احتباس طمث کئی اسباب کے نتیجے میں ہے عام طور پر یہ دیکھا گیا ہے کہ اس مرض کے علاج میں بیشہ کامیابی حاصل نہیں ہوتی کیونکہ زیادہ تر واقعات میں اس کا صحیح سبب نہیں معلوم ہو پاتا اور اگر ابتدائی احتباس طمث میں ثانوی احتباس طمث جیسے بہت دن نہ گزرے ہوں اس کی پیراگرسس عام طور پر اچھی ہوتی ہے IMPERFORATE HYMEN غشاء بکارت غیر مشقوب TRANSVERSE VAGINAL SEPTUM یا HAEMATOCOLPOS کے لیے جراحی علاج ضروری ہے اگر کوئی SYSTEMIC مرض اس کا سبب ہو تو مناسب علاج کے بعد طمث شروع ہو سکتا ہے۔

بہت ہی زیادہ UNDER DEVELOPED رحم یا درم غشاء مبطن رحم خانہ فرانی GANGRENOUS ENDOMETRITIS کے نتیجے میں ہونے والے احتباس طمث کا کوئی علاج نہیں مگر نفسیاتی اسباب کے نتیجے میں احتباس طمث ہو تو اسے دور کر دینے کے بعد طمث پھر سے شروع ہو سکتا ہے۔

## ENDOCRINE THERAPY

### ابتدائی احتباس طمث

غدد غیر ناقلہ کے عواض کے نتیجے میں ہونے والا ابتدائی احتباس طمث کا علاج جو تھے باب میں بیان کیا جا چکا ہے۔ اگر رحم کی گرد تھنا مکمل ہو اور یہ یقین ہو جائے کہ نظام باطنی الافراز میں کوئی خلل نہیں ہے تو PROGESTERONE OR OESTROGEN دیا جاسکتا ہے عام طور پر یہ دیکھا گیا ہے کہ علاج لوک دینے کے بعد طمث رک جاتا ہے لیکن CYCLIC THERAPY کے نفسیاتی اثرات بہت اچھے ہوتے ہیں ہر پہلے طمث ہو جانے کی وجہ سے مریضہ کو ذہنی سکون حاصل ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لیے ETHINYL OESTRADIOL (0.05mg) کی

ایک ٹیبلیٹ (قرص) دن میں تین بار تین دن تک دی جائے۔ اگر دس دن کے اندر طمث شروع نہ ہو تو  
 PROGESTERONE (25mg) کا خصل انجکشن ایک دن کے ناغے سے تین انجکشن دیئے  
 جائیں۔

اگر غلہ خنکامیہ کی خرابی یا تبویض نہ ہونے کے نتیجے میں ابتدائی احتباس طمث ہو تو

COMBINED HUMAN - CLOMIPHENE  
 CHORIONIC GONADOTROPHIN دیا جائے

## مثانوی احتباس طمث

OESTROGEN (2.5mg) اور PROGESTERONE (25mg) کا  
 عضلی انجکشن روزانہ دو دنوں تک دیا جائے۔

### CURETTAGE AND DILATATION

بعض اوقات اسقاط فوقی MISSED ABORTION کی حالت میں مادہ حمل  
 کے اخراج اور احتباس طمث ضربی TRAUMATIC AMENORRHOEA کے لیے یہ طریقہ مفید  
 ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس کے نتیجے میں طمث شروع ہو جاتا ہے۔

اگر STEIN-LEVENTHAL SYNDROME کی وجہ سے احتباس طمث ہو تو  
 PITUITARY FOLLICLE STIMULATING HORMONE اور  
 CHORIONIC GONADOTROPHIN HORMONE دیا جائے

## احتباس طمث ضربی TRAUMATIC AMENORRHOEA

بعض اوقات پیچیدہ و عمل یا اسقاط کے نتیجے میں فم رحمی میں رکود یا تسدید کی صورت پیدا ہو  
 جاتی ہے جس پر بارہوں کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں معمرائے عنق الرحم کا توسع ہی بہترین  
 علاج ہے۔ بعض اوقات عنق الرحم آہنی تنگ ہوتی ہے کہ صرف UTERINE SOUND ہی  
 داخل کی جاسکتی ہے لہذا ایسی حالت میں FALSE PASSAGE بنانے سے پرہیز کیا جائے  
 اور صرف HEGARS DILATOR (No. 8) ہی استعمال کی جائے۔

## یونانی علاج

اگر غلبہ سودا کے نتیجے میں احتباس طمث ہو تو چند دنوں تک مصفیات دم اور منفعیات سودا پلا کر  
مہل دیں۔ مندرجہ ذیل دواؤں سے آئرن کرائیں۔

تخم کناں تخم خطمی گُل بالونہ۔ سبوس گندم مکور خشک۔ نوفا خشک۔ پودینہ خشک  
مندرجہ بالا دواؤں کو پانی میں جوش دے کر ان کا صاف پانی کسی بڑے ٹب میں لے کر مریضہ  
کو اس میں بٹھائیں۔

اگر غلبہ بلغم ہو تو منفعیات بلغم پلا کر مہلات دیں۔ جب ایار ج دیں۔ اس کے بعد طمث سے  
ایک ہفتہ پہلے دو تین دن تک تخم کرفس۔ انیون بادیان۔ پودینہ۔ مشک طراشیع  
شہد خالص کا جوشاندہ پلائیں۔ مندرجہ ذیل دواؤں سے آئرن کرائیں۔  
گُل بالونہ۔ اکیلل املاک۔ صغیر۔ سداب۔ پودینہ۔ مرزنجوش۔ تخم شبت۔  
پانی میں جوش دے کر آئرن کرائیں۔ طمث جاری ہونے کے لیے یہ نسخہ دیں۔

پوست المتاس۔ پرسیاوشاں۔ مشک طراشیع۔ قند سیاہ کہہ پانی میں جوش دے کر  
پلائیں۔ مندرجہ ذیل دواؤں کے جنوب بنا کر استعمال کرائیں۔  
مرنگی۔ جاوشیر۔ حلیتہ۔ بجمٹ۔

ان دواؤں کو پیس کر یکپہرہ کی تازہ جڑ کے عرق میں ملا کر چنے کے برابر جنوب بنالیں اور تازہ پانی  
کے ہمراہ استعمال کرائیں ہرودت رحم کے لیے درجہ ذیل نسخہ دیں

مرنگی۔ ترس۔ پودینہ خشک۔ برگ سداب۔ مشکطراشیع۔ بجمٹ۔  
سب دواؤں کو باریک کوٹ چھان کر ہینگ۔ سکبنیں۔ جاوشیر کو پانی میں گھول کر  
چھان لیں۔ اور ان میں پیسی ہوئی دوائیں ملا کر قرص بنالیں اور درجہ ذیل جوشاندہ کے ہمراہ  
استعمال کرائیں۔

اہل۔ پرسیاوشاں۔ مشکطراشیع۔ ترس۔ پودینہ خشک۔ نبات سفید

ان دواؤں کو تھوڑے سے پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ حرارت رحم کے لیے  
شیرہ تخم خرفہ مغز تخم کدو شیریں تخم خبازی اور شربت نیلوفر سے تبرید پہنچائیں۔

شریت لیموں - شریت مندل اور شریت خشخاش دیں -  
شیر خشک - مغز تخم کدو شیریں - تخم خبازی - بادیان سماق - لان دواؤں کو باریک پیس کر پانی میں فروزہ بنا کر استعمال کرائیں -

پیوست رحم کے لیے  
مرغن غلاییں دیں - مغز بادام اور شیر گاؤ دیں - لعاب بہدانہ -  
شیرہ مغز تخم کدو شیریں - شیو مغز تخم ترلوز - عرق گاؤز باں اور شریت نیلو فر کے  
ہمراہ دیں -

درجہ ذیل دواؤں سے آمزن کرائیں -  
گل بنفشہ - گل نیلوفر - تخم خطمی - جو مقشر - پوست خشخاش -  
بیری کے پتے پانی میں ابال کر اس پانی میں مرلیضہ کو بٹھائیں -  
OBESITY (رسمن مغرطہ) کے لیے -

غذا کی مقدار کم کر دیں - ریاضت کے لیے تاکید کریں - خلور محرہ میں حمام کرائیں -  
اطریفیل صیغر - معون کوئی یا نیون - گلقد کے ہمراہ دیں  
طمت سے قبل اجوائن - تخم حلبہ - تخم کرفس - انیون - اسارون - اور  
گلقد کا جوشنا تہہ پلا لیں -  
جب مدر یا شریت مدر یا شریت معتدل دیں -

## MENORRHAGIA

## کثرت طمت

طمت کے دوران بہت زیادہ مقدار میں خون کے خالیج ہونے کو MENORRHAGIA  
کہا جاتا ہے - ایسی حالت میں عام طور پر دورہ مدت پر کوئی اثر نہیں پڑتا صرف خون زیادہ مقدار  
میں خارج ہوا کرتا ہے - ACYCLIC بلیڈنگ جو غیر منظم طریقے پر مسلسل ہوتی ہے  
اسے MENOMETRORRHAGIA کہا جاتا ہے کثرت طمت کے مندرجہ ذیل

اسباب ہو سکتے ہیں -

۱ - نسوانی حالات

۲ - قلبی و عانی امراض

۳۔ عوارض دموی

۴۔ مبیض کے نقص افعال کے نتیجے میں جریان دم ہونا۔

بعض اوقات INTRAMURAL GROWTH کے نتیجے میں بھی کثرت طمث ہوتا ہے اس کے درجہ ذیل اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱۔ جوف رحم کے پھیلنے اور منخ ہونے کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم سے جریان دم ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔

۲ غشاء مبطن رحم میں ہونے والا فرط استناج HYPERPLASIA

۳ SUBMUCOUS GROWTH اور SUBENDOMETRIAL VEIN

کے نزدیک ہوتی ہے اشق ہو جانے کے نتیجے میں جریان دم ہوتا ہے۔

۴ جریان دم کنٹرول کرنے والے رحمی انقباض میں مداخلت۔

PELVIC ENDOMETRIOSIS اور ADENOMYOSIS

ایسی حالت میں غشاء مبطن رحم میٹروجن کی تحریک بڑھ جاتی ہے یہ جریان دم نقص فعل کے نتیجے میں ہوتا ہے جسے DYSFUNCTIONAL BLEEDING کہتے ہیں

یہ جریان دم غشاء مبطن رحم سے PROLIFERATIVE FACE میں ہوتا ہے

یا غشاء مبطن رحم کے مکمل طور پر ڈیولپ ہونے والے CYSTIC ADENOMATOUS

HYPERPLASIA سے ہوتی ہے

ADENOMYOSIS ہونے کی حالت میں جوف رحم پھیل کر بڑھ جاتا ہے اور ایسی حالت

میں کثرت طمث غشاء مبطن رحم کے BLEEDING SURFACE کے بڑھ جانے کی وجہ

سے ہوا کرتا ہے۔ عموماً دمویہ کی زیادتی کے علاوہ عانہ میں ہونے والا اجتماع دم طمث کے دوران

خون کے زیادہ خارج ہونے کا سبب بنتا ہے۔

التهاب عانہ

عانہ میں ہونے والے کسی بھی قسم کے مزمن تعدیہ میں POLYMENORRHAGIA

عام طور پر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد شدید قسم کا جریان دم ہوتا ہے

عام طور پر احتشاء عانہ میں اجتماع دم ہونے کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم سے بلیڈنگ ہوا کرتی ہے جو مینس کے افعال میں خلل واقع ہونے کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

## ضفط الدم HYPERTENSION

پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ ضفط الدم خواہ اس کے ساتھ کلیہ کے مزن امراض ہوں یا نہ ہوں کثرت طمث کا سبب بنتا ہے۔ لیکن اب اس امر کی تحقیق ہو چکی ہے ضفط الدم کے نتیجے میں کثرت طمث اس وقت تک ہو سکتا جب تک کہ رحم کے عروق میں صلابت کی صورت نہ پیدا ہو جائے۔

## عوارض دموی

### THROMBOCYTOPOENIC PURPURA-BLOOD DYSCRASIAS

وٹانس سی۔ کی کمی۔ کربات حملہ کی برصی ہوئی نراکت

### CHRISTMAS DISEASE OR PSEUDO HAEMOPHILIA

بھی کثرت طمث کا سبب بن سکتے ہیں۔ اسی لیے ضروری ہے کہ مرینہ کے خون کی مکمل جانچ کرائی جائے۔

### DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

یہ اصلاح صرف ان ہی عورتوں کے لیے استعمال کی جاسکتی ہے۔ جن کے اعضا زناسل میں کوئی ایسے LESION نہ ہوں معانہ کے وقت PALPATE کیا جاسکتا ہو یہ صورت عورت کی طمثی زندگی کے دوران کبھی بھی ہو سکتی ہے لیکن عام طور پر سن بلوغ یاس یاس کے دوران ہی زیادہ ہوتی ہے

### DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING کی حالت میں رجم

میٹھی اور خامی AXIS میں یکسانیت نہیں ہوتی جرمیان لام ہو لیض کے بعد یا ہو لیض کے بغیر ہو سکتی ہے غشاء مبطن رحم میں غرط استناج HYPERPLASIA سن بلوغ اور سن یاس کے درمیان کبھی بھی ہو سکتا ہے۔ لیکن ۲۰ سال سے کم عمر کی لڑکیوں اور

ANOVULAR CYCLE سن یاس کو پہنچنے والی عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے اور یہ کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ اسقاطِ معلول (SPONTANEOUS ABORTION) مادہ عمل کو عملِ جراحت کے ذریعہ نکالنے کے نتیجے میں دو مین ٹرسٹ بے قاعدگی اور شدت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ٹرسٹ جلد ہی ختم ہوتا ہے کہ کسی جذباتی توجہ کے نتیجے میں یکبارگی شدید قسم کی بلیڈنگ شروع ہو جاتی ہے۔ اسی طرح قیصری۔

CAESAREAN SECTION کے بعد بھی ابتدائی چند مہینوں تک ٹرسٹ شدت کے ساتھ طویل عرصہ تک ہوتا ہے اور بغیر کسی علاج کے اپنے آپ ہی ختم ہو جاتا ہے یہ بھی رکھا گیا ہے کہ شادی کے بعد ابتدائی چند مہینوں تک بعض عورتوں کو بے قاعدگی اور شدت کے ساتھ ٹرسٹ ہوا کرتا ہے۔

## علامات و عوارض

عام طور پر اس مرض میں مبتلا عورتیں انیمیا کا شکار ہوتی ہیں بعض عورتوں میں انجرام (میں خرابی کی ہشہری بھی پائی جاتی ہے) دودھتی معائنہ کرنے پر رحم یا ٹونار مل سانسز ملتا ہے یا تھوڑا بڑھا ہوا۔ بعض اوقات ایک یا دونوں مبيض بڑھی ہوئی اور کیسی مانند ہوتی ہیں۔ اگر بواستینق (مجم (POLYPI) ہو تو بھجرائے عقی الرحم کھلا ہوا ہوتا ہے۔ معائنہ کے وقت سے محسوس کیا جا سکتا ہے اور منظر کے ذریعہ دیکھا بھی جا سکتا ہے۔ یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ سن یاس کے دوران جسم رحم کے کیمنس کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں جس کے نتیجے میں کثرتِ ٹرسٹ کی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

## INVESTIGATIONS

### BLOOD EXAMINATION

- I COMPLETE BLOOD COUNT
- II BLEEDING AND COAGULATION TIME
- III PLATELET COUNT

IV TEST FOR FRAGILITY OF R.B.C AND PLASMA

V FIBRINOGEN TEST FOR COAGULATION DEFECTS

۲۔ علاجی اور تشخیصی CURETTAGE کیا جائے۔ تشخیصی اس دن کیا جائے جس دن طمث شروع ہوا ہو۔

HYSTEROGRAPH

شک ہو تو جریبان دم رک جانے کے بعد HYSTEROGRAPH کیا جائے۔

## علاج

ROUTIN وٹامن سی اور وٹامن K کا مرکب اور روسی styptic

دوائیں دیں۔

اگر انیمیا ہو تو خود دینی طور پر انجکشن کے ذریعہ مولد دم ادویات دی جائیں اگر ضرورت ہو تو Blood Transfusion بھی کریں۔

ایسٹروجن - اینڈروجن - اور پروجیسٹرون دیں۔ اس مقصد کے لیے NOR-

ETHISTERONE - یا PROGESTOGEN- OESTROGEN

کا مرکب لیا جائے جریبان خون کو روکنے کے لیے دس سے پندرہ ملی گرام روزانہ تین چار دن تک اور بلیڈنگ روکنے کے لیے پانچ سے دس ملی گرام روزانہ دس دن تک دینا چاہیے۔ اس کے استعمال کے دو تین دن کے بعد WITHDRAWAL BLEEDING شروع ہو جاتی ہے۔

غشاء مبطن رحم کے فرط استنجا سے بچنے کے لیے Progestogen (5mg) خود پر روزانہ پانچویں سے بیسویں دن تک دیا جائے۔

یہ علاج تین دورے تک جاری رکھنا چاہیے یا Progestogen (10 M.) روزانہ تین دنوں سے شروع کر کے پانچ دن تک دیں۔ یہ دوائیں -

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA غشاء مبطن رحم کے فرط استنجا سے

محفوظ رکھتی ہیں۔ اولاس کے SHEDDING میں مدد کرتی ہیں اور تبویض کے ساتھ



اور بغیر تبویض کے ہولے والے، دونوں قسم کے کثرت طمث میں مفید ہیں  
ایسٹروجن F.S.H. کے ترشح کو روکتا ہے جس کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم پر ایسٹروجن کا  
اثر ختم ہو جاتا ہے۔ جریان دم رکنے کے لیے ETHINYL OESTRADIOL

(0.01mg) یا STILBOESTROL (5mg) ہر چار گھنٹہ سے اس  
وقت تک دیا جائے جب تک کہ جریان دم رک نہ جائے۔ عام طور پر ۳۴ گھنٹہ میں جریان دم  
رک جایا کرتا ہے۔ اس کے بعد دو قرص روزانہ مزید دو ہفتہ تک دیا جائے اس کے دو  
تین دنوں کے بعد WITHDRAWAL BLEEDING شروع ہو جاتی ہے

(1.25mg) (PREMARIN) OESTERONE SULPHATE

کی دو قرص دن میں تین چار دن تک دی جاسکتی ہے اگر استفادہ جلد حاصل کرنا مقصود ہو تو  
OESTRONE SULPHATE (2.5mg) ۱.۷۰ بھی دیا جاسکتا ہے

عموماً ایک ہی انجکشن کافی ہوتا ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے بعد ایک دوسرا انجکشن بھی دے دینا  
چاہیئے۔ اس انجکشن کو بہت آہستہ آہستہ دینا چاہیئے ورنہ متلی اور تھکے کے امکانات ہوتے ہیں۔

ANDROGENS جریان دم کو روکنے کے لیے بہت مفید ہیں ان کا اثر ایسٹروجن  
ہی کی مانند ہوتا ہے۔ یعنی یہ F.S.H. کے ترشح میں رکاوٹ پیدا کرتے ہیں۔ اس مقصد کے

TESTOSTERONE (25mg) ۱.۰ M دن میں دو بار تین چار دن تک

دینا چاہیئے۔ چونکہ اس کے استعمال سے مردوں جیسی علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں لہذا اسے

250mg سے زیادہ نہیں دینا چاہیئے۔ اگر 250mg دینے کے بعد بھی جریان دم بند نہ ہو

تو یہ اس بات کا ثبوت ہے کہ جریان دم غشاء مبطن رحم کے فرط استنجا کے نتیجے میں نہیں بلکہ کسی

تحت الحماط (SUBMUCOUS POLYP) کے نتیجے میں ہو رہی ہے۔ جہاں تک ممکن ہو

بلوغت کے دوران ہونے والے کثرت طمث میں ANDROGEN دینے

سے پرہیز کیا جائے۔

جراحی علاج (CURETTAGE) جریان دم شروع ہونے کے دو ایک دن کے

درمیان ہی کیا جانا چاہیئے

ہم سال یا اس سے زیادہ عمر کی عورتوں کے لیے انقطاع الرحم ہی۔ HYSTERECTOMY

مناسب علاج ہے۔ لیکن اس سے قبل

CURETTAG کر لینا چاہیئے تاکہ جسم رحم کے کیسٹر کے بارے میں پتہ چل سکے۔  
 کثیر محل عورتوں میں VAGINAL HYSTERECTOMY کریں۔ اور اگر  
 نتور (PROLAPSE) ہو تو اسے درست کر دیا جائے۔ کم سن عورتوں میں جہاں تک  
 ممکن ہو دواؤں ہی سے علاج کریں اور جراحی علاج سے پرہیز کریں۔ عدم الحمل عورتوں میں  
 ABDOMINAL HYSTERECTOMY کریں۔ کیونکہ اس طرح سے  
 بعض ان امراض کے بارے میں بھی پتہ چل جاتا ہے جن کے بارے میں امید بھی نہیں کی  
 جاسکتی۔ مثلاً التهاب قاذفین۔

### RADIOTHERAPY

RADIUM یا DEEP X-RAYS استعمال کیا جائے۔ ہم سال سے زیادہ  
 عمر کی عورتوں کے لیے یہی علاج مناسب ہے کیونکہ یہ وقت سے قبل ہی غشاء مہبل رحم کو  
 برباد کر دیتا ہے۔

جریان دم روکنے کے لیے مندرجہ ذیل دوائیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔  
 پوسٹ انار۔ مازو سبز کہیر یا۔ گل ارینی۔ سنگ جراحت دم الاخوبن۔  
 کاغذ سوختہ۔ گل ملتان۔ اقا قیا۔ گلنار۔ تمام دواؤں کو باریک سفوف کر کے  
 بطور فرزجہ استعمال کریں۔

کتیرا۔ نشاستہ۔ صغ عربی۔ مغز تخم خیاریں۔ گلنار فارسی۔ اقا قیا۔ کہیر یا۔ بید سوختہ  
 مصطلکی۔ افیون۔ مندرجہ ذیل ادویات کو سفوف بنا کر بارتنگ بسز کے پانی  
 میں قرص بنائیں۔ اور شربت انجبار کے ہمراہ دیں۔

اگر خون میں رقت و حلت ہو تو لعاب بہلانہ۔ شیرہ عتاب۔ عرق مصفی اور  
 شربت نیلوفر کے ساتھ پلائیں۔

اگر خون کی زیادتی ہو تو۔ عتاب۔ شاہترہ۔ منڈی۔ پوسٹ ہلیلہ زرد۔ افیمون۔  
 گل سرخ۔ گل نیلوفر کافقہ چند روز بلا کر مناسب مہل سے تنقیہ کرائیں۔

جریان خون کو روکنے کے لیے۔ قرص کہیر یا۔ شیرہ خیار۔ شیرہ تخم خیر فرم سیاہ۔  
 شیرہ تخم بارتنگ کے ہمراہ۔ شربت نیلوفر۔ یا شربت انجبار۔ یا شربت انار ملا کر

استعمال کریں۔

ضعف رحم کے لیے۔

کھربا۔ مصطکی۔ گل سرخ۔ گند۔ صندل۔ سرخ۔ مازو۔ سبز۔ گل۔ دھاوا۔ آئیس۔ بیٹھ۔  
موجرس۔ کندر۔ آملہ۔ خشک۔ افاقیا۔ دانہ لاپچی۔ خورد۔ طہاشیر۔ چنطیا۔ ناروی  
کشنیز۔ خشک۔ دال سفید۔ زعفران۔

ان دواؤں کو ہار یک کوٹ چھان کر شکر سفید۔ اور دودھ کے ہمراہ بقدر مناسب  
رات کے وقت استعمال کریں۔

اس کے علاوہ معجون مقوی رحم۔ دوائے خاص۔ سفوف حابس۔ یا قرص حابس  
سفوف خاص بھی استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

## HYPOMENORRHOEA

## قلت طمث

اس مرض میں دو طمث کے درمیان کا وقفہ نارمل ہوتا ہے لیکن طمث مدت اور مقدار  
کے لحاظ سے کم ہوتا ہے۔ اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں پہلی قسم وہ جس میں بلوغت کی ابتدا ہی  
سے منظم طریقے پر قلت طمث ہوتا ہے۔ جبکہ دوسری قسم میں ابتدا طمث نارمل ہوتا ہے۔  
لیکن کچھ عرصہ کے بعد قلت کی صورت پیدا ہو جاتی ہے پہلی قسم خفہ یا غشاہ مبطن رحم  
کے نقص افعال کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ دراصل یہ صورت رحم کے نقص نموہی کے نتیجے  
میں ہوتی ہے اس کے لیے کسی خاص علاج کی ضرورت نہیں قلت طمث کی اس قسم میں انحصار  
پر کوئی نقصان دہ اثر نہیں پڑتا۔

دوسری قسم میں غد باطن الاغراز کے نتیجے میں غشاہ مبطن رحم پر اثر پڑتا ہے جیسا کہ ایک عرصہ  
تک دودھ پلانے والی عورتوں میں دیکھا گیا ہے۔ بعض اوقات شدید قسم کے سرف بعد ولادت  
کے نتیجے میں تخامیہ میں تیزی طور پر NECROSIS کی صورت پیدا ہو جاتی ہے  
اس کے بعد بھی قلت طمث ہو سکتا ہے۔ اسی طرح ایک جانب کا مہیض نکال دینے کے بعد  
بھی قلت طمث ہوتا ہے

## علاج

اگر غلبہ بلغم کی صورت ہو تو پہلے حسب ایارج دیں پھر یہ مطبوخ دیں۔  
 مغز تخم کنڑ، تخم خرپوزہ - بادیان - پرسیاوشال - ان دواؤں کو نیم کوب کر کے پانی میں جوش  
 دیں اور اس میں شربت ہزدری ملا دیں۔ جب پل باقی رہ جائے تو مل چھان کر پلائیں۔  
 غلبہ سودا کی حالت میں طمٹ سے فراغت کے بعد چند روزیہ نسخہ دیں۔  
 گل بنفشہ - گل سرخ - مویز منقی - عذاب - شاہترہ اسطوخودوس - بادرنجبویہ  
 پرسیاوشال - تخم خلیجی - گل گاوزبان کا جوشاندہ تیار کر کے خمیہ بنفشہ کے ہمراہ دیں۔  
 پھر اسی نسخہ میں افیتون - پوست ہلیلہ کابی - بسفاج فتقی - مغز فلوس خیار سبز - نمین  
 سنار مکی - مغز بادام شیریں - اضافہ کر کے سہل دیں۔ معمولی تبرید کے بعد ایک ہفتہ تک  
 ان دواؤں کا جوشاندہ پلائیں۔  
 مویز منقی - انجیر گاوزبان - تخم خلیجی - گل سرخ - افستین - تخم کشوث - تخم خیارین -  
 پرسیاوشال - نبات سفید۔

### OLIGOMENORRHOEA

جب دورہ طمٹ کی مدت ۴ ہفتہ سے زیادہ ہوتی ہے تو اسے

OLIGOMENORRHOEA کہا جاتا ہے۔ بعض اوقات دورہ کی مدت

تین چار مہینے بھی ہوتی ہے۔ طمٹ مختصر سا ہوتا ہے۔ تبو یعنی میں تاخیر ہونے کی وجہ سے انحصار  
 پر بھی اثر کرتا ہے۔ ایسی حالت میں صرف بہترین غذائیں اور یقین دہانی ہی کافی ہے اگر ضرورت  
 ہو تو معجون زنجبیل - معجون مقوی رحم - یا ماہواری (ہمدرد) استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

### لوا تر طمٹ

### POLYMENORRHOEA

وہ حالت ہے جس میں دورہ طمٹ کی مدت تین ہفتہ سے بھی کم ہو جاتی ہے انتہای

قاذبین دبعض مزن OVARIAN ENDOMETRIOSIS اور رحم کے نکوص  
 (اوجاج) خفیف (SUBINVOLUTION) کے نتیجے میں یہ مرض ہوتا ہے۔

کی حالت میں کثرت طمث کے ساتھ ساتھ تو اتر طمث بھی اکثر و بیشتر ہوتا ہے۔

## اسباب ENDOCRINE FACTORS

بیض کے نقص افعال کے نتیجے میں تو اتر طمث دو طریقوں سے ہوتا ہے پہلی قسم میں بیویض کے بعد جلد ہی جسم اصفر میں انعطاط شروع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد تین ہفتہ سے قبل ہی غشاء مبطن رحم میں DYSQUAMATION شروع ہو جاتا ہے۔ جسم اصفر کا انعطاط قبل از وقت قدامی خامیہ کے نقص تحریک کے نتیجے میں ہوتا ہے بعض اوقات بیویض کی خرابی کے نتیجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ دوسری قسم بیویض کے وقت دورہ کی درمیانی جریان ہوتی ہے۔ بعض عورتوں میں یہی صورت ہوا کرتی ہے جسے غلطی سے طشی جریان سمجھ لیا جاتا ہے۔ حالانکہ ایسا نہیں ہوتا۔ کیونکہ غشاء مبطن رحم میں DESQUAMATION پہینے میں صرف ایک ہی بار ہوتا ہے۔

## PSYCHOSOMATIC FACTORS

بعض اوقات جذباتی خلل مثلاً دہشت اور ذہنی صدمہ کے نتیجے میں بھی تو اتر طمث ہو سکتا ہے۔ لیکن سبب کو دور کر دینے پر یہ صورت خود بخود ختم ہو جاتی ہے بعض اوقات ماحول کی تبدیلی کے نتیجے میں بھی یہ صورت پیدا ہوتی ہے جیسا کہ دیکھا گیا ہے کہ اکثر گرم آب و ہوا سے سرد آب و ہوا میں منتقل ہونے پر تو اتر طمث کی شکایت ہو جایا کرتی ہے۔

## علاج

اگر اس کا سبب عائد کے عوارض ہو تو اس کا علاج کیا جائے اگر ذہنی جسمانی امور اس کا سبب ہوں تو اسے دور کیا جائے۔ جسم اصفر کے انعطاط قبل از وقت کے لیے L.H. یا PROGESTERONE چودھویں دن سے دینا شروع کر دیں۔

## تनाव و تھمتھ (قبل طمث) PREMENSTRUAL TENSION

بعض عورتیں طمث شروع ہونے سے آٹھ دن قبل مختلف قسم کی تکلیفیں بیان کرتی ہیں جیسے سستی، بدن کا درد اعضاء کے قبض، سوز، نفخ، پیٹ کا بار بار ہونا وغیرہ۔ ۲۵ سے ۲۵ سال کی عمر کے درمیان کی عورتیں اس میں زیادہ مبتلا ہوتی ہیں ۲۵ سال سے کم عمر کی عورتوں میں عوارض کی اتنی شدت نہیں ہوتی اور اس کی مدت بھی کم ہوتی ہے کثیر العمل کی بہ نسبت محروم العمل عورتوں میں یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ یہ صورت آنجہ کے التهاب (ایڈیم) کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے

### عوارض و علامات

مریض عام طور پر محروم العمل NULLIPAROUS ہوتی ہے طمث شروع ہونے کے سات آٹھ دن قبل اسے سردرد، پستان میں تनाव، بے چینی، چڑچڑاہٹ، جذباتی عدم استحکام، نفع لطف، جسم کا وزن بڑھ جانے اور قلت بول کی شکایت ہو جاتی ہے۔ پستان میں تनाव اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ جلد چمکنے لگتی ہے۔ طمث کے دنوں میں چڑچڑاہٹ بہت زیادہ ہو جاتا ہے اضطراب و ملال بھی ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ باہر نکلتے والی عورتیں ان ایام میں اکثر حادثات کا شکار ہو جایا کرتی ہیں۔ بعض میں جراثیم کا رجحان بھی بڑھ جاتا ہے ان عورتوں کا وزن طمث کے دوران عام طور پر دس پاؤنڈ تک بڑھ جاتا ہے وزن جتنا زیادہ بڑھتا ہے عوارض میں اتنی ہی شدت ہوتی ہے۔ لیکن طمث شروع ہوتے ہی یہ تمام عوارض ختم ہو جاتے ہیں۔

### علاج

CHLOROTHIAZIDE (250mg) کی صرف ایک خوراک صبح کے وقت ناشتہ کے بعد دینا چاہیے۔ یہ علاج عوارض کے شروع ہونے کے ساتھ ہی شروع کرنا چاہیے۔ اگر ضرورت ہو تو اس کے ساتھ ساتھ THEOPHYLLINE، TRANQUILISERS اور ANTIHISTAMINE بھی دیے جائیں

## عسر طمث

### DYSMENORRHOEA

عسر طمث عام طور پر اعلیٰ سوسائٹی کی عورتوں میں زیادہ ہوا کرتا ہے اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ابتدائی (جیسے SPASMODIC یا INTRINSIC اور ثانوی (جیسے EXTRINSIVE یا CONGESTIVE کہتے ہیں ابتدائی عسر طمث عموماً نوجوان لڑکیوں کو ہوتا ہے اس کے ساتھ ساتھ کوئی مرضی صورت نہیں ہوتی لیکن ثانوی عسر طمث میں مادہ کی بیماریاں ہو جود ہوتی ہیں۔ اور درد کے علاوہ دوسرے نسوانی عوارض بھی ہوتے ہیں

## ابتدائی عسر طمث

عسر طمث کی یہ قسم عموماً ۲ سال سے کم عمر کی عورتوں میں ہوا کرتی ہے دردی تو ابتدائے طمث سے ہی ہوتا ہے یا دو ایک سال بغیر درد کے طمث ہونے کے بعد اس کے بارے میں درج ذیل نظریات بیان کئے جاتے ہیں۔

## رحم کا نقص

ابتدائی اعتبار سے طمث کے زیادہ تر واقعات میں اعضا متناسل صحیح طور پر نمودار نہیں ہوتی اگر INFANTILE UTERUS ہو تو عسر طمث نہیں ہوتا یہ مرض اس قسم کے رحم میں ہوتا ہے جو بچپن میں تو نارمل نشوونما ہوتی ہے لیکن شباب کے وقت اس میں رکاوٹ آجاتی ہے۔ جسم رحم چھوٹا ہونے کے ساتھ ساتھ عنق الرحم مضبوطی ہوتی ہے اور رحم بہل بہل بہت تنگ ہوتا ہے بہل چھوٹی اور FORNICESS سطحی ہوتے ہیں اعضا متناسل کے صحیح طور پر نمودار ہونے نتیجے میں عسر طمث کے مختلف اسباب بیان کئے جاتے ہیں

(الف) طبعی طور پر شباب سے قبل عضلات رحم میں نیچ عضل کی یہ نسبت نیچ الحاقی زیادہ ہوتے ہیں لیکن شباب کے دوران جبکہ رحم مکمل ہو جاتا ہے تو اس کے برعکس ہوتا ہے یعنی نیچ الحاقی کی یہ نسبت عضل نیچ زیادہ ہو جاتے ہیں۔ رحم کے نقص نمو کی صورت میں

نچ الماتی کی یہ کیفیت شباب کے بعد بھی باقی رہتی ہے جس کے نتیجے میں طمث کے دوران رحمی انقباض صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا جو درد کا سبب بنتا ہے۔  
(ب) رحم کے نقص کی صورت میں مگر قد امی یا عظمی جانب رحم خمیدہ ہو تو طشی ارتشاح کے فم رحمی سے گزرنے میں وقت ہوتی ہے اور خوف رحم میں نفع شروع ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں طمث کے دوران درد ہوتا ہے

(ج) اگر رحم کے نمونے خراب ہو تو عام طور پر وہ HYPOPLASTIC ہی ہوتا ہے  
غدد باطن الافراز کا عدم توازن

پروفیسروں کے ترشح کی زیادتی کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم میں غشاء ساقط جیسی ذہانت آجاتی ہے جس کے نتیجے میں ارتشاح کے دوران درد ہوتا ہے۔ مبولیض سے قبل رحم میں انقباض بار بار ہوتا ہے لیکن اس میں کشادگی کم ہوتی ہے جبکہ مبولیض کے بعد FREQUENCY اور کشادگی دونوں میں زیادتی ہوتی ہے چنانچہ پروفیسروں کے اسی دہرے عمل یعنی غشاء مبطن رحم میں غشاء ساقط جیسی ذہانت اور رحمی انقباض زیادتی کے نتیجے میں عرطہ ہوتا ہے۔

### نفسیاتی عدم توازن

عام طور پر یہی دیکھا گیا ہے کہ اعلیٰ سوسائٹی کی بہت زیادہ حساس لڑکیوں میں عرطہ ہونے کی حالت میں اضطراب اور نعل اعصاب بھی ہوتا ہے۔ ان لڑکیوں کے ذہن میں تکلیف وہ طمث کے بارے میں بات بھادی جاتی ہے لیکن جیسے جیسے دن گزرتے جاتے ہیں درد کا خوف ختم ہوتا جاتا ہے۔

### PRESACRAL NERVE میں ورم کا ہونا

بعض اوقات PRESACRAL NERVE کے فائبرس میں انتہائی تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ یہ مزن ورم والے فائبرس MOTOR اور SENSORY STIMULI کے لیے بہت ہی حساس ہوتے ہیں اور ان کی یہ حساسیت طمث کے دوران بہت زیادہ اور غیر منظم انقباض کا سبب بنتے ہیں۔



## عسر طث غشائی

ایسا بہت ہی کم ہوتا ہے کہ ہوف رحم کی ENDOMETRIAL - CAST مکمل طور پر خارج ہو۔ لیکن کبھی عسر طث میں عام طور پر غشاء مبطن رحم کے پارچے بہت قلیل مقدار میں خارج ہوتے ہیں۔ دراصل یہ Cast غشاء مبطن رحم کے DISINTEGRATION کے بے ترتیبی کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے اور اس بے ترتیبی کا سبب رحم کا نقص نہواور NEUROSIS ہوتا ہے

## عوارض و علامات

طث شروع ہونے سے چند گھنٹے یا ایک دن قبل درد شروع ہو جاتا ہے جو پہلے دن بہت زیادہ ہوتا ہے لیکن بعد میں کم ہوتا جاتا ہے بعض اوقات درد کے دوران قے اور متلی بھی ہوتی ہے۔ درد رک رک کر قوبخ کی مانند اور بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے اور LUMBO - SACRAL ہوتا ہے۔ بعض اوقات طث کے دن چھوٹے چھوٹے تھکے خارج ہو جانے کے بعد درد کم ہو جاتا ہے ان عورتوں میں مخصوص درد کے علاوہ غقر ہوتا ہے اور دم طث قلیل مقدار میں ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ صورتیں رحم کے نقص نوکی وجہ سے ہوا کرتی ہیں۔ اگر طث شروع ہونے کچھ یا اس سے زیادہ دونوں قبل شدید قسم کا درد ہو تو عموماً اس کا سبب عاند میں ہونے والا امراض مثلاً بولیبا (یوآسیر رحم - UTERINE - POLYP - EARLY ADENOMYOSIS) یا

ENDOMETRIOSIS ہو سکتا ہے

## تشخیص

اگر مریض شادی شدہ ہو تو دودستی معائنہ۔ لیکن نو جوان اور کنواری عورتوں میں براہ مقعد معائنہ کرنا چاہیے۔ کیونکہ بعض اوقات ان امراض کے نقص نو کے نتیجے میں بھی ابتدائی عسر طث ہو سکتا ہے۔

## علاج

مقوی غذائیں دی جائیں۔ قبض دور کیا جائے۔ طمٹ شروع ہونے سے دو تین دن قبل سہل دیا جائے۔ مریضہ کی حوصلہ افزائی کی جائے کہ وہ اپنے معمولات میں فرق نہ آنے دے۔ یعنی طمٹ کے دوران بھی اسکول کالج یا آفس وغیرہ سے غیر حاضر نہ رہے۔ اس کے علاوہ مناسب ریاضت بھی کرے۔

دافع درد دوائیں دی جائیں۔ لیکن جہاں تک ممکن ہو *BARBITURATE* سے پرہیز کیا جائے کیونکہ ان کی وجہ سے غنودگی پیدا ہوتی ہے *PETHIDINE* اور مارفین چونکہ عادی بنانے والی دوائیں ہیں لہذا اس سے بھی پرہیز کیا جائے دافع تشنج دوائیں بھی دی جاسکتی ہیں۔

ایسٹروجن اور پروجیسٹرون (*TAB- ENAVID*) دیں۔ اسے ایک قرص روزانہ پانچویں دن سے دینا شروع کریں اور دو ہفتہ تک دیں۔ مریضہ کو یہ یقین دلایا جائے کہ تندرست عورتوں کو بھی طمٹ کے دوران تکلیف ہو سکتی ہے۔ جہاں تک ممکن ہو سرجیکل ٹرمینٹ اسے پرہیز کریں۔

## ثانوی راحقانی عسر طمٹ - CONGESTIVE DYSMENO- -RRHOEA

ثانوی عسر طمٹ سن بلوغ اور سن یاس کے درمیان کبھی بھی ہو سکتا ہے یہ صورت بعض امراض کے نتیجے میں عام میں ہونے والے اجتماع دم کی وجہ سے ہوتی ہے طمٹ شروع ہونے سے ایک ہفتہ قبل درد شروع ہوتا ہے اور طمٹ شروع ہونے پر ختم ہو جاتا ہے درد لہجے کے زیریں حصہ اور پشت پر ہوتا ہے۔

عانہ کے امراض جن کے نتیجے میں ثانوی عسر طمٹ ہو سکتا ہے مندرجہ ذیل ہیں۔

سلعات عانی *PELVIC ENDOMETRIOSIS -*  
*PELVIC ADRENAL INFECTION*



ساتواں باب

## جنسی عوارض

INFERTILITY

عقم (عقر)

عقم اور منی کی غیر طبعی حالتوں کا تذکرہ متقدمین نے بھی اپنی کتابوں میں کیا ہے دراصل  
HAMEN نے 1677 میں حوینات منویہ (SPERMATOZOA) کے بارے میں تحقیق تو کیا لیکن انصاف کے بارے میں کوئی یقینی نظریہ نہیں پیش کر سکا 1786  
SPALLANZAIN نے اس بات کو ثابت کیا کہ انصاف کے لیے حوینات متوت  
بہت ضروری ہیں۔ 1875 میں OSCAR HERTWIG نے اس نظریہ کو پیش کیا  
کہ حوینات منویہ کے بیضہ میں داخل ہونے پر ہی انصاف ہوتا ہے R. DEGRALT  
نے 1672 میں بیضہ اور جسم اصغر کے بارے میں اپنے نظریات پیش کیے اس حقیقت  
کے باوجود کہ توفیض کے بغیر طث ہونے کے بارے میں پتہ لگایا جا چکا تھا ROBERT  
BARNES نے 1873 میں اپنی ایک تصنیف میں ایک اپنی مریضہ کے بارے میں  
بیان کیا ہے کہ جس میں بیضہ کے بخنہ ہونے اور طث ہونے کے باوجود بھی عقر تھا۔ کیونکہ لیلہ  
کا اشتقاق نہیں ہوتا تھا۔ غشاء مبطن رحم میں CYCLIC تبدیلیوں کی تعمیر کے بارے  
میں HITCHMANN اور ADLER کے نظریات معلوم ہونے کے بعد جنسی  
بار موزر کے بارے میں تحقیقات کی گئیں۔

BIOPSY CURETTE کا طریقہ رائج ہونے کے بعد ENDOMETRIAL  
BIOPSY کا طریقہ اتنا مقبول ہوا کہ آج بھی توفیض کی جانچ کے لئے ایک اہم

طریقہ مانا جاتا ہے۔

BROWN اور VENNING نے 1939 میں

PREGNANCIAL TEST کے بارے میں اپنے نظریات پیش کے

نے 1849 میں سب سے پہلی بار ہوا کے ذریعہ ہونے والے TUBAL INSUFFLATION کے بارے میں بتایا اور I.C. RUBIN نے 1920 میں رحمی قاذبی INSUFFLATION کے بارے میں اپنی تحقیق پیش کی۔ قاذب کی تسدیہ کی تشخیص کا موجودہ طریقہ HYSTEROSALPINGOGRAPHY دراصل RUBIN ہی کی مرہون منت ہے۔

عقر کے معنی میں حاملہ ہونے کی صلاحیت نہ ہونا یہ کمی یا تو مرد میں ہو سکتی ہے یا عورت میں یا دونوں میں۔ مطلق (ABSOLUTE) ہو سکتی ہے یا نسبی (RELATIVE) عقر مطلق کے اسباب خواہ مرد میں ہوں یا عورت میں ان کا کوئی علاج نہیں ہے۔ مودوں میں اس کا سبب AZOOSPERMIA ہے جو خصلتیں کی ایڈرونی، خیمہ غیسر نزل (UNDESCENDED TESTES) یا بعض امراض کی وجہ سے عمل جراحت کے ذریعہ نکال دیے جانے کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

عقر نسبی کا علاج ممکن ہے لیکن بعض اوقات اس کے اسباب تشخیص کے ذریعہ معلوم نہیں کیے جاسکتے۔ بعض اوقات یہ صورت بھی ہوتی ہے کہ استقرار حمل تو ہوتا ہے لیکن اسقاط ہو جاتا ہے یا یہ کہ پہلا بچہ نارمل مدت میں نارمل طریقے پر پیدا ہوتا ہے لیکن اس کے بعد استقرار حمل نہیں ہو تا۔ ایسی صورت کو "ONE CHILD STERILITY" کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فحشا عورتوں میں شادی کے بعد ہی سے CONTRACEPTIVE مانع حمل استعمال کرنے کی وجہ سے استقرار حمل نہیں ہوتا۔ لہذا اگر شادی کے بعد دو سال تک نارمل طریقے پر مباشرت کرنے کے باوجود بھی استقرار حمل نہ ہوا ہو یا اگر کسی ایسی عورت کو جس کی شادی۔

۲۵ سال کی عمر میں ہوئی ہو اور اس کے بعد چند مہینوں کے اندر ہی استقرار حمل نہ ہوا ہو تو مکمل INVESTIGATION کرنا ضروری ہے۔ بعض اوقات اس کا انحصار شوہر کے پیشہ پر بھی ہوتا ہے مثلاً بعض ایسی ملازمتیں جس کے سلسلہ میں شوہر کو ایک عرصہ تک باہر رہنا پڑتا ہے جیسے سیلر یا میرین انجینیرس (ان میں اکثر عقر کی صورت ہوتی ہے حالانکہ وہ دونوں تندرست اور VIRILE ہوتے ہیں۔

عام طور پر یہی دیکھا گیا ہے کہ عقر کے ۳۰ سے ۴۰ فیصد واقعات میں اس کا سبب مردی

ہوا کرتا ہے۔ لہذا بہتر یہی ہے کہ عورت کا INVESTIGATION کرانے سے قبل  
مؤکامل INVESTIGATION کرایا جائے۔

## مردوں میں عقر کے اسباب

بمسطری اور پیشہ

وہ لوگ جو X-RAYS میں کھلے رہ کر کام کرتے ہیں یا کسی دوسرے طریقے سے  
RADIATION سے ان کا واسطہ پڑتا ہے یا وہ جو ایسی جگہ کام کرتے ہیں جہاں ٹیڑھے بہت  
زیادہ ہوتا ہے ان کے SPERMATOGENESIS میں خلل واقع ہوتا ہے اسی طرح  
وہ لوگ جو گھر سے ایک عرصہ تک دور رہتے ہیں اور جب ایک طویل عرصہ کے بعد واپسی کرنا  
سے مباشرت کرتے ہیں تو ایسا بھی ممکن ہے کہ وہ FERTILE PERIOD نہ ہوتا ہو  
ایسے لوگ جو ذہنی پریشانیوں میں مبتلا ہوں تحمل مزاج والوں کی بہ نسبت کم FERTILE  
ہوتے ہیں۔

## عام حالت

امراض زہری آنکھ (سوزناک) (VENEREAL DISEASE) بلوغت کے  
بعد mumps میں مبتلا ہونا جس کے ساتھ ساتھ خیمہ بھی متورم ہو دیا، پیٹس وائرس  
کا تعدیہ بخار کے ساتھ ہونے والا تعدیہ نوٹ کی گزند اور INGUINO SCROTAL  
میں کیے گئے آپریشن ایسے حالات ہیں جو عقم کا سبب بن سکتے ہیں لہذا ان کے بارے میں  
میں بھی معلوم کرنا ضروری ہے۔

## جنسی حالات

کثرت مباشرت کے نتیجے میں منی کے قوام پر اثر پڑتا ہے۔ اسی طرح ایک عرصہ تک  
مباشرت سے پرہیز کرنے کے نتیجے میں بھی حویات منویہ کی حرکت پر اثر پڑتا ہے۔ ایسا سنگ

(ERECTION) دخول PENERATION اور انزال (EJACULATION) کی کیفیت کے بارے میں بھی معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ کیونکہ دخول کی صلاحیت میں کمی ضعف ایستلگی کے نتیجے میں بھی ہو سکتی ہے اور بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایستادگی کو مکمل طور پر ہوتی ہے لیکن خوف کی وجہ سے عجان کے ارد گرد انقباضی صورت پیدا ہو جاتی ہے جس کے نتیجے میں صحیح طریقے پر افعال نہیں ہو پاتا۔ اسی طرح ہبل میں انقباضی کیفیت، ضعف ایستلگی یا خشف کی رد و جسی کے نتیجے میں سرعت انزال (PREMATURE EJACULATION) ہوتا ہے۔

## معائنہ

اعضائے تناسل کا معائنہ کرنے کے لیے مریض کا مکمل ہر مہ نہ بڑا بہت ضروری ہے کیونکہ اس کے بغیر بارمونز کی کمی کا صحیح طور پر اندازہ لگانا مشکل ہے۔ اگر معائنہ کرنے پر INGUINO SCROTAL REGION پر کسی زخم کا نشان ملے تو اس کے سبب اور آپریشن کی نوعیت کے بارے میں معلوم کرنا چاہئے۔ خشف بخرانے بول کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہئے تاکہ HYPOSPADIAS کے بارے میں معلوم ہو سکے خفصوں کی فوطوں میں موجودگی ان کا سائز، ماہیت، اور دبائے میں ان کی TENDERNESS کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے۔ اگر ایک یا دو نون فوطوں میں خفصہ موجود نہ ہو تو ایسے لوگوں کی پراگتوں اچھی نہیں ہوتی۔ بعض لوگوں میں خفصہ چھوٹے اور ATROPHIC ہوتے ہیں اور ان میں جسن نہیں ہوتا۔ بعض اوقات کسی تعدیہ کے نتیجے میں EPIDIDYMS بڑھے ہوئے سخت اور INDURATED ہوتے ہیں قیلہ مائید (HYDROCELE) قفق (HERNIA) اور وائی (VARICOSE) کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے۔

## منی کی پیدائش پر اثر انداز ہونے والے امور

خامیہ کے دو خاص جنسی ہارمونز ہوتے ہیں۔ جو SPERMATOGENETIC تحریک اور TESTOSTERONE کے ارتشاح کو نصوص میں قائم رکھتے ہیں۔ F.S.H کے ذریعہ خونیات منویہ کی نمودار پنکلی وجود میں آتی ہے۔ INTERSTITIAL CELLS۔

L.H. (I.C.S.H) STIMULATING HORMONE کے مقابلہ میں غور توں میں Leydig cells کو اینڈروجن کے ارتشاح کے لیے متحرک کرتا ہے۔  
 فوطہ میں خبیصے جس پٹیر پچر میں رہتے ہیں وہ جسم کے درجہ حرارت سے تقریباً ۲۰ کم ہو  
 تا ہے۔ لیکن خبیصوں کو جب اس سے زیادہ پٹیر پچر ملتا ہے تو جوینات منویہ کی پختگی میں خلل  
 واقع ہوتا ہے اور اس کا قوام پتلا ہو جاتا ہے کوئی بھی بخار فوطوں کی سخت بندش۔ درہر تک  
 اور بار بار گرم پانی سے نہانے سے بھی SPERMATOGENESIS پر اثر پڑتا ہے

### CRYPTORCHIDISM

اُربی (INGUINAL) حصہ یا لٹین میں جنس عدد کا بڑا ہوا ٹیسٹیکل بھی۔  
 SPERMATOGENESIS کے کم کرنے کا سبب بنتا ہے

### قیلہ مائیںہ (HYDROCELE) اور VARICOCELE

VARICOCELE اور HYDROCELE فوطہ کے پٹیر پچر کو بڑھاتے ہیں  
 اور SPERMATOGENESIS کو کم کرتے ہیں پٹیر پچر میں جتنا اضافہ ہوتا ہے  
 FERTILITY اتنی ہی کم ہوتی جاتی ہے۔

### ذیابیطس

اگرچہ ذیابیطس کا SPERMATOGENESIS پر براہ راست کوئی اثر نہیں پڑتا لیکن  
 ذیابیطس کے مریضوں میں غلہ مری کی وجہ سے عقم عام طور پر ہوا کرتا ہے۔

### التهاب غده نكفیه (MUMPS)

اگر بلوغت کے بعد کوئی مرد اس مرض میں مبتلا ہو جائے تو اس کے نتیجے میں درم  
 خصیتین (ORCHITIS) بھی ہو سکتا ہے۔ جو بعد میں ایڑونی کی شکل اختیار کر لیتا  
 ہے۔ اگر یہ ایڑونی دونوں جانب ہو تو اس کے نتیجے میں عقم ہوتا ہے۔



## دق - TUBERCULOSIS

TUBERCULAR EPIDIDMYTIS کے ذریعہ vas کی تسد کے نتیجے میں AZOOSPERMIA ہو سکتا ہے۔

## RADIATION

RADIATION کے نتیجے میں منی بنانے والی TESTICULAR ساخت پر اثر پڑتا ہے۔ اس لیے X-RAY TECHNICIANS DENTIST اور لوگ جو ایسی جگہوں پر کام کرتے ہوں انہیں چاہیے کہ وہ اپنے آپ کو RADIATION سے محفوظ رکھیں۔

## جذبائی صدمہ (SHOCK)

بعض اوقات صدمہ کے نتیجے میں بھی SPERMATOGENESIS میں خلل واقع ہوتا ہے۔ عام طور پر اسباب کو دور کر دینے کے بعد یہ صورت خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔

## مادہ منویہ کی جانچ

بہتر یہی ہے کہ مسلسل تین دن تک مباشرت نہ کرنے کے بعد چوتھے دن SPECIMEN کسی صاف خشک اور چوڑے ہنہ فلے بوتل میں براہ راست طلق یا COITUS INTERRUPTUS کے ذریعہ لیا جائے۔ اسے CONDOM میں اکٹھا کرنا اس لیے مناسب نہیں ہے کہ اس میں استعمال کی جانے والی اشیا کی وجہ سے حویات منویہ کی حرکت ختم ہو جاتی ہے۔ اگر گھر میں SPECIMEN لیا جائے تو دو گھنٹہ کے اندر ہی اسے لیب میں پہنچا دیا جائے۔ SPECIMEN جیسے وقت یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ خارج ہونے والی پوری مقدار لی جائے کیونکہ انزال کی پوری مدت میں منی کا تمام ایک جیسا نہیں ہوتا۔ اور شروع یا آخر کا کچھ حصہ باقی رہ جائے تو حویات منویہ کا شمار صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا ہے۔

## مادہ منویہ کی طبعی خصوصیات

اس کی اوسط مقدار 4 c.c-2 ہوتی ہے 1 c.c سے کم اور 5cc سے زیادہ ہونے کی حالت میں حوینات منویہ کی تعداد کم ہو جایا کرتی ہے۔ انزال کے فوراً بعد مادہ منویہ جیلی کی مانند ہو جاتا ہے۔ جو ۵ سے ۲۰ منٹ کے بعد سیال ہو جاتا ہے۔ اس میں ایک خاص قسم کی بو ہوتی ہے۔ اگر اس کا قوام بہت زیادہ غلیظ ہو تو اس کا اثر حوینات کی حرکت پر پڑتا ہے۔ مادہ منویہ ۶۰۶ تقریباً ہوتا ہے۔

### FRUCTOSE TEST

ملوہ منویہ کی جانچ کے اس طریقہ میں REAGENT (5m.L.) میں 0.5m.L. ملوہ منویہ ملا کر اُبالا جاتا ہے۔ FRUCTOSE کی موجودگی میں وہ ایک منٹ ہی میں ORANGE RED ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کی غیر موجودگی میں اس میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی AZOOSPERMIA کے تمام مریضوں میں یہ جانچ بہت ضروری ہے۔ کیونکہ سوا ان مریضوں کے جن میں مجری منی خلتی طور پر معدوم ہوں یا۔ FRUCTOSE یا VASDEFERENTIA تمام لوگوں کے مادہ منویہ میں موجود ہوتا ہے۔

### ASCORBIC ACID CONCENTRATION

AZOOSPERMIA اور OLIGOSPERMIA کے تمام مریضوں میں ASCORBIC ACID بڑھ جاتا ہے۔

## خور دینی معائنہ

خور دینی معائنہ کے ذریعہ حوینات منویہ کی تعداد، حرکت اور ان کی MORPHOLOGY معلوم کی جاتی ہے۔ اگر حوینات منویہ 60 MILLIONS/m.L. سے زیادہ ہوں تو ایسی حالت میں اسے FERTILE سمجھا جاتا ہے۔ اور 20-60 million/m.L. کے

درمیان SUBFERTILE اور 10 MILLION/m.l. سے کم ہونے کی صورت میں اسے INFERTILE کہا جاتا ہے۔ حالانکہ اس سے بھی کم ہونے کی حالت میں بھی استقراار حمل کے امکانات ہوتے ہیں۔

حیاتیات منویہ کے زندہ رہنے کی صلاحیت اور حرکت معلوم کرنے کے لیے اس کا ایک قطرہ پانی پاؤر میں دیکھا جائے حرکت (MOTILITY) کے چار درجات ہوتے ہیں جو صفر سے چار تک ہوتے ہیں اور چار ڈگری سب سے زیادہ MOTILE سمجھا جاتا ہے۔ VIBILITY کا معیار یہ ہے کہ انزال کے بعد دو تین گھنٹے تک ان میں سے ۶۰ فیصد سرگرمی کے ساتھ MOTILE ہوں۔ ایک نارمل حویہ منویہ کے جسم کے چار حصے ہوتے ہیں۔ سر۔ گردن۔ دم۔ اور سر بیضوی ہوتا ہے۔ اس کے قدانی حصہ پر ACID-STAIN اور غلطی حصہ پر ALKALINE STAIN ہوتا ہے۔ گردن پر DUB ہوتے ہیں جن میں سے کچھ KNOB جسم میں شامل ہو جاتا ہے۔ اور دم سے ذرا بڑا ہوتا ہے۔ دم پر AXIAL FILAMENT ہوتی ہے جسے اگر MICROSCOPE میں خوربین ELECTRON سے دیکھا جائے تو متعدد شے نظر آتے ہیں۔ نمل SPECIMEN میں بھی ۱۵-۲۰٪ غیر طبعی حیاتیات منویہ پائے جاتے ہیں۔ ان کے سر یا تو بہت ہی چھوٹے ہوتے ہیں یا بہت بڑے بعض اوقات جسم نہیں بھی ہوتا لیکن دم کی مختلف شکلیں ہوتی ہیں۔ منی کی غیر طبعی صورتیں AZOOSPERMIA OLIGOSPERMIA اور NECROZOSPERMIA ہیں۔

(ASPERMIA) AZOOSPERMIA

OLIGOSPERMIA اور

حیاتیات منویہ کی عدم موجودگی یا اس کی تعداد میں کمی اکثر لوگوں میں پائی جاتی ہے جس کا سبب مجرمی تناسل کی تسدیہ یا SPERMATOGENESIS کا نقص ہے بعض لوگوں میں التهاب غدہ تکلیف (MUMPS) نصبتین کے نقص نمو یا خیمہ غیر نیرل کے نتیجے میں

SPERMATOGENESIS میں خرابی لاحق ہوتی ہے۔ یا  
TUBERCULAR EPIDIDMITIS کے نتیجے میں تسدیہ پیدا ہو جاتی ہے اسی  
یے AZOOSPERMIA کے تمام مریضوں میں FRUTOSE TEST کرنا  
ضروری ہے

#### NECROZOOSPERMIA

یہ اصطلاح جو نیات منویہ کے غیر متحرک ہونے کے لیے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ  
صورت مہل یا عنق الرحم کی رطوبت کی خرابی کے نتیجے میں بھی پیدا ہو سکتی ہے بعض اوقات  
میں ہونے والے نقصان مادہ پاؤڈر یا برتن کے صاف نہ ہونے کی وجہ  
سے بھی یہ کیفیت ہو سکتی ہے۔

#### INVESTIGATION

SEX CHROMATIN TEST	1
CHROMOSOME STUDIES	2
TESTICULAR BIOPSY	3
THYROID FUNCTION TEST	4
ADRENAL FUNCTION TEST	5
PITUITARY FUNCTION TEST	6

#### علاج

SPERMATOGENESIS اور LEYDIG CELL FUNCTION

کی تحریک کے لیے MALE HORMONE اور GONADOTROPHIN دیے جائیں۔  
CRYPTORCHIDISM کے لیے CHORIONIC GONADOTROPHIN دیا جائے۔ اگر علاج کے تین ہفتہ کے بعد بھی خیر فوط میں نہ اتر آئے تو  
ORCHIDOPEXY کی ہلتے۔

اگر ضعف ایستادگی کے نتیجے میں عقر ہو تو ”جینیٹول“ ”ڈائنامول“ ”طلائے اکیر“ یا ”طلائے سرخ“ استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اگر اس کا سبب سرعت انزال ہو تو ”حب مسک طلائ“ ”حب مک عبزی“ ”حب نشاطہ“ یا معجون مروح الارواح استعمال کی جاسکتی ہیں۔

اگر منی کی کمی کے باعث عقر ہو تو ”جوہر تھیم“ ”حب خاص“ ”حب حنبر مومیائی“ ”لیوب نظام“ ”لیوب کبیر“ دیا جاسکتا ہے۔ اگر عقر کا سبب رقت منی ہو تو لیوب بارد استعمال کیا جاسکتا ہے۔

## عورتوں میں عقر کے اسباب

اگر INVESTIGATIONS کے بعد یہ بات مدّح ہو جائے کہ عقر مرد کی وجہ سے نہیں ہے تو پھر عورت کا معاینہ کیا جائے۔ حضومی INVESTIGATIONS کرائے جائیں۔ تفصیل کے ساتھ طبی، طبی جنسی اور نفسیاتی ہسٹری معلوم کی جائے۔

### طبعی حالات

اگر کسی عورت کو طمث منظم طریقے پر ہو رہا ہے تو اس کا مطلب یہ نہیں کہ وہ حمل کی صلاحیت یقینی طور پر رکھتی ہے۔ کیونکہ یہ دورے بغیر توبیض کے بھی ہو سکتے ہیں چونکہ توبیض عام طور پر ہر دورہ طمث میں ایک ہی بار ہوتا ہے لہذا وہ عورتیں جنہیں طمث منظم طریقے پر ہوتا ہے بہ نسبت ان کے جنہیں طویل وقفہ کے بعد طمث ہوتا ہے۔ حمل کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ اور وہ عورتیں جن کے دورے غیر منظم ہوتے ہیں نسبتاً INFERTILE ہوتی ہیں کیونکہ ان میں سے زیادہ تر کے دورے بغیر توبیض کے ہی ہوتے ہیں۔

### جنسی حالات

بائنہ عورتوں میں تفتیش کرنے پر مباشرت کے دوران درد و تکلیف کی ہسٹری اکثر پائی جاتی ہے۔ اور اگر مچرائے بہل معدوم ہو تو مباشرت ممکن ہی نہیں بعض عورتیں خصوصاً اصل

طبقت کی خوف کی وجہ سے مباشرت کے دوران تعاون نہیں کرتیں اور ایک ساتھ رہنے کے باوجود بھی ان میں یہ صورت ایک عرصہ تک قائم رہتی ہے جب تک کہ وہ کسی سے مشورہ نہیں کر لیں اگر جراح مولم (DYSPAREUNIA) کی وجہ سے ثانوی عقر ہو تو اس کے مختلف اسباب ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ بعض اوقات اس کا سبب منفرد ہی ہوتا ہے جو کسی قبلی گزند یا آپریشن کے نتیجے میں ہونے والے SCARING اور عضلات کے چھوٹے ہو جانے کی وجہ سے ہو تا ہے یعنی (DEEP SEATED) درد الہتاب عنق الرحم، الہتاب قاذوف و مبضف ENDOMETRIOSIS یا مبضف کے POUCH OF DOUGLAS میں ذحاق جس کے ساتھ TENDER RETROVERTED UTERUS بھی ہو کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

کثرت مباشرت بھی بعض اوقات عقر کا سبب بنتا ہے۔ کیونکہ اس کے نتیجے میں سیل منویہ کو ضرور پہنچتا ہے۔ اور طویل عرصہ کے بعد مباشرت کرنے سے بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں دورہ کے بار آور دن نسبتاً کم ہوتے ہیں۔

## نفسیاتی حالات

اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ بعض لوگ تمام حالات میں آسودہ ہوتے ہیں سوا جنس کے۔ ان لوگوں کے لیے مسیح مشورہ اور رہنمائی بہت معاون ثابت ہو سکتی ہے۔

## معائنہ

قبل اس کے کہ نسوانی معائنہ کیا جائے یہ ضروری ہے کہ مختلف SYSTEM کا معائنہ کر لیا جائے تاکہ ان SYSTEMIC امراض کے بارے میں بھی معلوم ہو سکے جو حمل یا وضع حمل کے دوران عورت کے لیے باعث ہلاکت ثابت ہو سکتے ہیں۔

## نسوانی معائنہ

دوستی معائنہ کرنے سے قبل بہتر یہ ہے کہ زیرین مجرایے تناسل کا معائنہ کیا جائے کیونکہ بعض اوقات یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ مجرایے حمل مکمل طور پر نوبختہ نہیں ہوتی۔ اگر غشاء

بھارٹ چسپاں ہو تو اس بات کا ثبوت ہے کہ عورت اب تک باکرہ ہے۔ ثنائی عقر کی حالت

میں عام طور پر TENDER EPISIOTOMY PAINFUL FISSURES یا PERINEAL SCAR کی مانند ایسے اسباب ہوتے ہیں کہ جن کے نتیجے میں بیاہمت تسلی بخش نہیں ہوتی۔

بیرونی معاینہ کے بعد منظر کے ذریعہ مجری مہبل اور عنق الرحم کا معاینہ کیا جائے۔ مجری مہبل کی لمبائی FORNICES کی گہرائی اور مہبل دیواروں کی RUGOSITY عنق الرحم کی وضع مجری عنق الرحم اور مہبل کی کیفیت معلوم کی جائے۔ اگر مجری مہبل چھوٹا ہو FORNICES سطحی ہوں عنق الرحم مخزطی ہو اور مہبل بہت تنگ ہو تو یہ اعضاء تناسل کے نقص نمو کی علامت ہو سکتی ہے۔ ایسے اسباب بھی موجود ہو سکتے ہیں جس کی وجہ سے مہبل یا عنق الرحم کے ارتشاح میں زیادتی آجاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں حوینات منویہ کی حرکت ختم ہو جاتی ہے۔ مرضی سیلان کا سبب عام طور پر تامل عنق الرحم 'ENDOCERVICITIS' (EROSION) بولیوب

MONILIAL VAGINITIS یا TRIOMONAL ہوا کرتا ہے۔

اس کے بعد دوستی معاینہ کیا جائے۔ عام طور پر ایسی عورتوں کے رحم میں نقص نمو کی کیفیت پائی جاتی ہے۔ بعض خلقی نقائص ایسے بھی ہیں جن کے نتیجے میں عقر تو نہیں ہوتا لیکن وہ اسقاط اخراج (PREMATURE LABOUR) اور وضع قبل کے دوران چھپدگی کا سبب بنتے ہیں بعض اوقات RETROVERTED UTERUS (جو متحرک ہو اور آسانی درست کیا جاسکتا ہو) بھی عقر کا سبب بن سکتا ہے۔ لیکن اس کے بارے اس وقت تک یقین کے ساتھ کچھ نہیں کیا جاسکتا جب تک کہ POST-COITAL TEST بار بار نہ کیا جائے اور نتیجہ کے طور پر مجری عنق الرحم میں زندہ حوینات منویہ موجود نہ ہوں اور اگر ہوں بھی تو مردہ ہوں۔

بعض FIX RETROVERTED رحم کے ساتھ دونوں جانب کے قاذف و میض

میں البتائی MASSES بھی ہوتے ہیں۔ ابتدائی عقر میں عام طور پر MASSES درنی یا سوزاکی ہوتے ہیں۔ ثنائی عقر میں عام طور پر اسقاط کے بعد ہونے والی یا نفاسی عضونٹ کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔

STEIN-LEVENTHAL SYNDROME میں دونوں جانب مبيض کیسہ کی مانند محسوس کی جاسکتی ہیں۔ مبيض کا NEOPLASTIC ENLARGEMENT کسی ایک جانب یا دونوں جانب ہو سکتا ہے۔

#### INVESTIGATIONS

اگر حسب معمول نسوانی معاینہ کرنے کے بعد عانہ میں کوئی سقم نہ ملے تو مندرجہ ذیل INVESTIGATIONS کرائے جائیں۔

#### POST-COITAL TEST - 1

اس ٹیسٹ کے ذریعہ زنانہ شوہر دونوں کے بارے میں معلوم کیا جاسکتا ہے اس کا طریقہ یہ ہے کہ ۲۸ دن کے دورے والی عورتوں میں چودھویں دن اور اس سے کم یا زیادہ ہونے کی صورت میں دوسرا طمث شروع ہونے سے ۱۲ سے ۱۴ دن قبل عتیقی غطا لیکر جانچ کی جاتی ہے۔ لیکن مریضہ کو ہدایت کر دی جاتی ہے کہ وہ معاینہ سے قبل شب میں مباشرت کرنے کے بعد دوسرے دن صبح معاینہ کے لیے آئے۔

#### INTRA-TUBAL INSUFFLATION - ۲

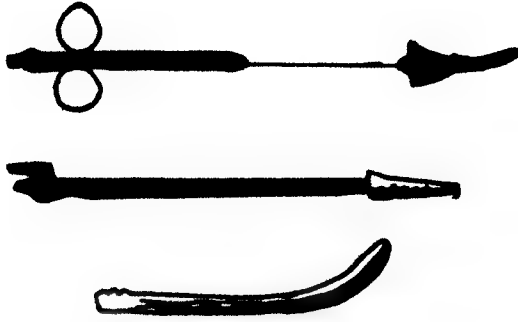
RUBIN نے ۱۹۲۵ میں قاذوین کی جانچ کے لیے یہ طریقہ ایجاد کیا یہ ٹیسٹ طمث رکھنے کے بعد دو ہی ایک دن کے اندر (۲۸ دن کے دورہ میں ۹ ویں اور گیارہویں دن کے دوران) تجذیر غمی بعد کیا جاتا ہے قاذف کے انقباض کو ختم کرنے کے لیے ٹیسٹ سے نصف گھنٹہ قبل (۹۲) mg ATROPINE SULPHATE کا انجیکشن دیا جاتا ہے۔ اس ٹیسٹ میں استعمال کیے جانے والے CANNULA مختلف قسم کے ہوتے ہیں جو درج ذیل ہیں۔

#### RUBIN'S CANNULA 1

#### LEECH AND WILKINSONS' CANNULA ۲

(SCREW TYPE)





1. RUBIN'S CANNULA

2. LEECH AND WILKINSON'S CANNULA

3. BONNEY'S CANNULA

تصویر نمبر ۲۳ CANNULA کا مختلف اقسام

BONNEY'S CANNULA ۳

معدوم المصل عورتوں میں THIN RUBIN'S CANNULA اور کثیر المصل عورتوں میں SPIRAL TYPE استعمال کیا جاتا ہے BONNEY'S CANNULA اسی وقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ مجراے عنق الرحم میں (FENTON'S DILATOR) سے عمل تو کیا گیا ہو۔

HYSTEROSAL PINGOGRAPHY ۳۔

معاینہ کے اس طریقے میں رحم کے اندر RADIO OPAQUE سیال بچکائی کے ذریعہ داخل کیا جاتا ہے جس سے RADIO GRAPH کرنے پر ٹیوب کی کیفیت معلوم ہو جاتی ہے۔ اس ٹیسٹ کے ذریعہ تسدیہ کا مقام معلوم ہو جاتا ہے آپریشن سے قبل تشخیص کا یہ طریقہ نہایت ہی کارآمد ہے۔

BASAL BODY TEMPERATURE ۲۔

لمبی مشاہدہ سے پتہ چلتا ہے کہ ترویض کے بعد ہونے والے طث میں جسم کے

پٹریچر میں دو طرح سے تبدیلی واقع ہوتی ہے چنانچہ *OESTROGEN PHASE* میں طث سے تویض تک پٹریچر نارمل سے کم ہوتا ہے تویض کے وقت یہ چند گھنٹوں کے لیے نصف ڈگری کم ہو جاتا ہے اس کے بعد تقریباً ایک ڈگری بڑھ جاتا ہے اور یہ اضافہ *PROGESTERONE PHASE*

میں طث کے شروع ہونے سے قبل ۲۲ سے ۲۸ گھنٹہ تک باقی رہتا ہے۔ اگر اس وقت استقرار عمل ہو جائے تو جسم اصغر کی وجہ سے یہ اضافہ مسلسل قائم رہتا ہے۔ لہذا اس علامت سے نہ صرف یہ کہ تویض کا ثبوت ملتا ہے بلکہ عمل کے ابتدائی مرحلہ میں ہونے کا بھی پتہ چلتا ہے۔ بغیر تویض کے ہونے والے دھ میں دورہ کی مکمل مدت تک پٹریچر نارمل سے قہوڑا کم ہوتا ہے۔

## علاج

بعض اوقات طبی معاینہ اور مکمل *INVESTIGATION* کے بعد بھی عقر کے صبح سبب کے بارے میں نہیں معلوم ہو پاتا۔ اور اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ ان عورتوں میں بغیر کسی مشورہ رہنمائی یا علاج کے استقرار عمل ہو بھی جاتا ہے۔

## سیلان ابیض مرضی

مہل اور عنق الرحم کا مرض ارتشاح حوینات منویہ کی حرکت کو ختم کر دیتا ہے۔ لہذا اس کا مناسب علاج کرنا چاہیے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جب سیلان کا سبب دورہ کر دیا جاتا ہے تو استقرار عمل ہو جاتا ہے۔

## DILATATION AND CURETTAGE

یہ عمل طث ختم ہونے کے دو تین دن کے بعد کرنا چاہیے *CURETTAGE* بہت جگہ ہاتھ سے کرنا چاہیے۔ کیونکہ طث کے فوراً بعد فشار مبطن رحم بہت زیادہ دیرینہ نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں بہت زور کے ساتھ *CURETTAGE* کرنے سے بالائی سفنجی ساخت کے ساتھ ساتھ *BASAL LAYER* بھی کھل جاتی ہے اور طث کے

EXFOLIATION کے بعد ہمیں سے احتیاط شروع ہو جاتا ہے۔

## MYOMECTOMY

اس کے ساتھ ساتھ اگر  
MENORRHAGIA یا  
MYOMETRORRHAGIA بھی ہو تو ایسی مریضہ کے لیے  
MYOMATA کے ساتھ معمولی عوارض  
مضروبی ہے۔ اور اگر باخجہ عورتوں میں  
مضروبی تو بھی MYOMECTOMY مضروبی ہے۔

## ہارمونز

اس وقت دے جائیں جب یہ اطمینان ہو جائے کہ مجری تناسل میں کوئی غیر طبیعی صورت  
نہیں ہے۔ اور عقر کا سبب صرف HORMONAL INSUFFICIENCY ہی ہے۔ اس  
مقصد کے لیے (50-100mg) CHLOROMPHENE CITRATE ٹلٹ کے پانچواں  
دن سے شروع کر کے روزانہ سات دن تک مسلسل دیا جائے فوری کے لیے دو ہلکے یا یہ نسخہ  
ایون۔ با دیان۔ تخم کثوث۔ گل بالونہ۔ مصطلکی۔ تخم کرفس۔ اجوائن دیسی۔  
ان دواؤں کو پانی میں جوش دے کر مل چھان کر گلقتند ملا کر روزانہ صبح کو پلایا جائے۔  
کسانی حکم کے لیے

جوارش جالینوس۔ جوارش زرغونی۔ جوارش مصطلکی یا جوارش کوئی دیں۔

کو لیسٹرال کی زیادتی صورت میں یہ نسخہ دیں۔

تخم کرفس۔ ایون۔ اجوائن دیسی۔ تخم حلبہ۔ اسارون۔

پانی میں جوش دے کر چھان کر گلقتند ملا کر دونوں وقت پلایا جائے شمی غذاؤں سے  
پرہیز کیا جائے۔

اگر رحم میں سور مزاج حاد ہو تو اس نسخہ سے پہلے تبرید کے لیے یہ نسخہ دیں۔

شیرہ تخم خیارین۔ شیرہ خارحسک۔ شیرہ مغز تخم کدو شیریں شیرہ مغز تخم تربوز

شیرہ عناب۔ عرق گاؤزباں۔ شیرت نیلوفر شیرت لیو۔ شیرت سیب۔ شیرت تلخ۔

شیرت مندمل۔ شیرت خشتاش صب مناسب دیں

عائدہ پران دواؤں کا خضاد کریں۔

رسوت۔ گل سرخ۔ صندل سفید۔ طہلب۔ برگ کاسنی سبز۔

اگر غلبہ صفر ہو تو پہلے ان دواؤں سے تنقیہ کرائیں۔

گل بنفشہ۔ گل نیلوفر۔ عناب۔ آلو بخارہ۔ تخم خبازی تخم کاسنی۔ تخم خیاریں۔ تخم سر ہندی۔

اگر سور مزاج بارد ہو تو پہلے چند دنوں تک دواء المسک دیں۔ پھر طمٹ سے فارغ ہونے کے بعد فرزہ استعمال کرائیں۔

سنبل الطیب۔ سازج ہندی۔ اکلیل الملک۔ زعفران۔ بطل کی چربی۔ مرغی کی چربی۔

زردی بیضہ مرغ۔

دسج ذیل ادویہ کی دھونی دیں۔

ہڑتال سرخ۔ مرکلی۔ جوزد السرد۔ ہر وزہ خشک۔ بوبان۔ حب الغار۔ غذائیں گرم جو پائے  
مثلاً کبوتر کا بچہ۔ مرغ۔ شیر یا تیر کا گوشت دیں۔

اگر سور مزاج یا پس ہو تو روغن کاؤ نبات سفید کے ہمراہ یا شیر بز شربت عناب کے ہمراہ پلائیں۔  
مغز بادام شیریں۔ مغز تخم کدو شیریں۔ مغز ترنوز۔ نبات سفید۔ باریک پیس کر معج کو  
تازہ کھن کے ساتھ کھلائیں۔ روغن گل۔ روغن کدو۔ یا روغن بادام کی مالش عائدہ فرج  
کے اندر اور باہر رانوں تک کریں۔ عورت کا دودھ لعاب بہدانه اور اسپغول کے ساتھ  
بطور فرزہ استعمال کرائیں۔

اگر سور مزاج تر ہو تو حب ایاصح دیں۔ مندرجہ ذیل فرزہ استعمال کریں۔

تخم حنظل۔ انزروت۔ ساق مرکلی۔ زعفران پھلکری اور شہد کے ساتھ ملا کر بطور فرزہ  
استعمال کرائیں۔ گل سرخ۔ بالچھو۔ تاج۔ مقرر سک۔ پانی میں جوش دے کر صاف کر کے  
رحم کے اندر بطور ایما استعمال کریں۔

معیون متعوی رحم دیں۔

حب حل، طمٹ سے فارغ ہونے کے بعد ایک عدد پاو لیٹر دودھ کے ساتھ صبح و شام تین دن تک  
کھلائیں۔ اور چوتھے دن مباشرت کرنے کی ہدایت کریں۔ یہی عمل تین مہینے تک کریں۔ یا حب مراد  
ایک عدد حرف صبح کے وقت دودھ کے ساتھ استعمال کریں۔ اور مندرجہ بالا ہدایات پر عمل کریں

## ARTIFICIAL INSEMINATION

یہ طریقہ ان عورتوں کے لیے مستقل ہے جن کے شوہروں کو اخیلی تھانی (HYPOSPADIAS) یا سرعت انزال ہوتا ہے۔ لیکن یہ طریقہ فی الحال ہندوستان میں مقبول نہیں ہے۔

## جماع مولم

## DYSpareunia

ROBERT BARNES کی اصطلاح سب سے پہلے DYSpareunia

نے 1873 میں استعمال کیا۔ اس کے عام اسباب درج ذیل ہیں۔

- ۱۔ مدخل میں دردناک مقام کا ہونا
  - ۲۔ مہبل میں حالت تسد۔
  - ۳۔ التهاب۔
  - ۴۔ رجمی اتصالات کی بیماریاں۔
  - ۵۔ SIGMOID COLON کا دم۔
  - ۶۔ نفسیاتی اسباب۔ شلاًخون عمل۔ ازدواجی زندگی کا خراب ہونا۔ یا ناخوشگوار جنسی تعلق۔
- اگر ابتدائی سے مباشرت کے دوران تکلیف ہو تو اسے PRIMARY DYSP-  
AREUNIA - اور اگر ابتدائی جنسی زندگی نارمل ہو لیکن کچھ دنوں کے بعد تکلیف شروع ہو  
تو اسے SECONDARY DYSPAREUNIA کہا جاتا ہے پرائمری  
DYSpareunia میں تکلیف دخول کے وقت اور مدخل پر ہوتی ہے جبکہ ثانوی میں۔  
کے علاوہ دیگر عوارض بھی ہوتے ہیں۔

## PRIMARY DYSPAREUNIA

بعض عورتوں میں یہ صورت نقص نمو کے نتیجے میں ہو ا کرتی ہے۔ لیکن اس کے علاوہ  
بعض PHYSIOLOGICAL امور کے سبب سے بھی ہوتی ہے جس کے نتیجے میں بھان  
اور LEVATOR ANI عضلات میں انقباض کی صورت  
پیدا ہو جاتی ہے۔

## خلفی تشریحی سکھوم

یہ تشریحی سکھوم غشاء بکارت۔ مہمل یا عنق الرحم میں ہوتے ہیں ان عورتوں میں دفاعی انوکھوں کی متصل میں عضلات میں آئٹھن (VAGINISMUS) کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جن کے نتیجے میں دخول صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا۔ ایسی حالت میں EXCISION کی ضرورت پڑتی ہے۔ لیکن بعض اوقات EXCISION کے بعد بھی یہ صورت باقی رہتی ہے۔ ایسی حالت میں PHYSIOLOGICAL TREATMENT ضروری ہے۔

بعض اوقات یہ صورت مہمل کی عدم موجودگی یا بلوغت کے وقت جنسی اعصاب کی تکمیل نہ ہونے کے نتیجے میں مہمل کے تنگ اور چھوٹی ہونے کی وجہ سے بھی ہو ا کرتی ہے۔ اسی طرح VAGINAL SEPTUM کے نتیجے میں بھی دخول نہیں ہو پاتا۔ عنق الرحم کے خلیے۔ ELONGATION کی حالت میں بھی دخول تکلیف دہ اور نامکمل ہوتا ہے۔

### VAGINISMUS

ایسی حالت میں عام طور پر عضلاتی تشنج کے نتیجے میں ہی DYSPAREUNIA ہوتا ہے۔ یہ عورتیں یا تو نازک مزاج ہوتی ہیں یا بار بار دخول کے لیے طاقت استعمال کرنے کے نتیجے میں اتنی حساس ہو جاتی ہیں کہ ان کے فرج کو صرف چھو دینے سے ہی نہ صرف بھان کے عضلات بلکہ کوٹھے، رانوں اور پشت میں شدید قسم کا انقباض شروع ہو جاتا ہے ایسی عورتیں مباشرت کے وقت اپنی رانوں کو کھینچ کر کوٹھے اوپر اٹھا لیتی ہیں جس سے پشت کمان کی مانند ہو جاتی ہے انہیں کسی بھی علاج سے افادہ نہیں ہوتا تا وقتیکہ وہ اپنے آپ میں اعتماد نہ پیدا کر لیں۔ بعض عورتوں کو مدخل کے پھٹ کر دینے سے کچھ افادہ ضرور ہوتا ہے۔ بہتر یہی ہے کہ بغیر تحذیر کے ہی۔ توسع (DILATATION) آہستہ آہستہ کیا جائے تاکہ مرینہ کو بھی اس کا احساس ہو کہ اس کا علاج کیا جا رہا ہے یہ علاج کئی دن تک جاری رکھنا چاہیئے اور جب مہمل اتنی منبسط ہو جائے کہ دو انگلیاں یا سانی داخل ہونے لگیں تو پھر مباشرت کے لیے اجازت دی جائے۔ اگر معاینہ کے دوران یہ معلوم ہو جائے کہ DYSPAREUNIA کا سبب کوئی مقامی گزند مثلاً FISSURE یا چھوٹا زخم ہے تو اس کا علاج کیا جائے اور تندرست ہونے

تک مباشرت سے پرہیز کرنے کی ہدایت کی جائے۔  
 بعض اوقات اصول مباشرت کی ناواقفیت کے نتیجے میں بھی DYSPAREUNIA  
 کی شکایت ہو سکتی ہے۔ اس لیے انہیں مباشرت کے صحیح طریقے اور وضع کے بارے میں بتایا جائے۔

### SECONDARY DYSPAREUNIA

مرض کی اس قسم میں سبب فرج۔ مہبل یا اختراعانہ میں ہوتا ہے اور دردموٹا مباشرت کے  
 دوران یا مباشرت کے بعد مہبل کے اوپری حصہ میں ہوتا ہے۔ خراج بارٹولین۔ کیہ یا عجبان کے  
 انشقاق کے REPAIR کے نتیجے میں ہونے والے دردناک SCAR  
 KRAUROSIS VULVA URETHRAL CARUNCLE یا سفید میں تکلیف دہ  
 زخم ہونے کے نتیجے میں بھی DYSPAREUNIA ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات مہبل  
 کی تضیق (STENOSIS) یا عجبان کے REPAIR کے نتیجے میں سفید کے تنگ  
 ہونے کی وجہ سے بھی مباشرت کے وقت درد ہوتا ہے۔

مباشرت کے دوران اور مباشرت کے بعد ہونے والا درد قفیب کے مجراب مہبل۔  
 (VAGINAL VAULT) سے ٹکرانے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ درد  
 HYPOGASTRIUM اور قطنی مجری حصہ (LUMBOSACRAL REGION)  
 میں محسوس ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ POUCH OF DOUGLAS  
 میں مہبل کا دھاق یا غانہ میں ہونے والے سلعات پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں بھی مباشرت کے  
 دوران درد ہو سکتا ہے۔

### علاج

جہاں تک ممکن ہو سفید کو منبٹا کرنے سے پرہیز کرنا چاہئے۔ لیکن اگر EPISIOTOMY  
 کی وجہ سے درد ہوتا ہو تو پھر سرجیکل ٹریٹمنٹ مزوری ہے۔  
 اگر DYSPAREUNIA مردکی وجہ سے ہو تو اس کے اسباب حسب  
 ذیل ہوتے ہیں۔

- ۱ - قہیب میں ہونے والے خلقی مقوم۔
- ۲ - دخول کے لیے انتشار قہیب یا ایستادگی کا قائم نہ رہنا
- ۳ - سرعت انزال۔
- ۴ - اصول مباشرت کو نظر انداز کرنا۔



آٹھواں باب

# نفسیاتی عوارض

HYSTERIA

اختناق الرحم

عصبی عدم توازن میں مبتلا عورتوں میں بعض نفسیاتی محرکات کے نتیجے میں پیدا ہونے والی غیر طبعی نفسیاتی حالت کو ہسٹری کہتے ہیں اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔

(۱) حسی (SENSORY TYPE) (۲) حرکتی (MOTOR TYPE)

اختناق الرحم حسی

مرض کی اس قسم میں مریض مختلف قسم کے عوارض بیان کرتی ہے جس میں چند اہم عوارض درج ذیل ہیں۔

- ۱۔ سر درد
- ۲۔ نقص بینائی۔ صحیح طور پر نظر نہ آنا۔
- ۳۔ بہرا پن یا ازدواجی۔
- ۴۔ ذائقہ صحیح نہ ہونا۔
- ۵۔ بھوک نہ لگنا۔
- ۶۔ سوز ہضم اور قراقر
- ۷۔ قبض اور احتباس بول۔

- ۸۔ ہچکلی اور جھانی۔
- ۹۔ سانس پوری طرح نہ لے سکتا۔
- ۱۰۔ اختلاجِ قلب اور تعریق۔
- ۱۱۔ یادداشت ختم ہو جانا۔
- ۱۲۔ جسم میں کسی بھی قسم کا درد

### اختناق الرحم حرکتی MOTOR TYPE

اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔  
تشنبی اور غیر تشنبی۔

### اختناق الرحم تشنبی CONVULSIVE HYSTERIA

اس میں درج ذیل عوارض ہوتے ہیں۔

- ۱۔ اختلاجِ قلب۔
- ۲۔ عسر تنفس کے ساتھ حلق میں کسی شے کے پھنسنے ہوئے ہونے کا احساس۔
- ۳۔ دیکھنے والوں کی موجودگی میں گر پڑنا لیکن اس احتیاط کے ساتھ کہ چوٹ نہیں لگتی۔
- ۴۔ مریضہ بیہوش نہیں ہوتی۔ دورہ کے دوران نہ تو دانتوں کے درمیان زبان آتی ہے اور نہ غیر ارادی طور پر پیشاب ہوتا ہے۔
- ۵۔ انعکاسِ قرینہ برقرار رہتا ہے۔
- ۶۔ لوگوں کی موجودگی اور ہمدردی ہی کی حالت میں دورے پڑتے ہیں۔

### اختناق الرحم غیر تشنبی NON CONVULSIVE

ایسی حالت میں مریضہ ایک جانب کے بالائی اور زیرین اطراف، یادوں لوز جانب کے اطراف کی حرکت میں دشواری محسوس کرتی ہے۔

## علامات فارقہ

اضطراب الرعم (HYSTERIA)	صرع EPILEPSY
۱۔ دورہ کے وقت مکمل بیہوشی نہیں ہوتی	کامل بیہوشی ہوتی ہے۔
۲۔ چہرہ زرد یا سرخ ہوتا ہے۔ چہرہ پر کھنکھناٹ	چہرہ نیلگوں ہولناک اور ایک جانب کو کھنچا ہوا ہوتا ہے۔
۳۔ منہ بند ہوتا ہے اور زبان اپنی جگہ پر ہوتی ہے۔	دانت کھلے ہوئے اور زبان باہر نکل سوتی ہوتی ہے۔
۴۔ آنکھیں بند اور پوٹوں میں اختلاجی حرکت ہوتی ہے لیکن آنکھ کی پتلیاں اپنی جگہ پر قائم رہتی ہیں	آنکھیں نصف کھلی سوتی ہوتی ہیں اور آنکھوں کی پتلیاں متحرک ہوتی ہیں۔
۵۔ رضاب بالکل نہیں نکلتا۔	رضاب سفید یا سرخی مائل ہوتا ہے۔
۶۔ تنفس ضعیف ہوتا ہے اور خراٹے کی آواز نہیں ہوتی۔	تنفس تکلیف دہ ہوتا ہے اور خراٹے کے ساتھ ہوتا ہے۔
۷۔ لٹخ پورے جسم میں یکساں ہوتا ہے اطراف زور سے سکڑتے اور پھیلتے ہیں۔	لٹخ ایک جانب زیادہ اور دوسری جانب کم ہوتا ہے۔

## علاج

دورے کے وقت چہرے پر ٹھنڈا پانی کا چھینٹا دیں۔ امونیم کارب سنگھامیں۔ یا چند بیدستر۔ نکچکتی۔ جاوشیر یا وڈر نفوخ کریں۔ دوروں کو روکنے کے لیے INJ. PARALDEHYDE یا INJ. CALMPOSE دیں۔ پھر سبب کا علاج کریں۔

اگر مریدہ کنواری ہو تو شادی کے لیے ہدایت کریں۔  
معمون نجاج، جو شانہ اینون کے ہمراہ دیں۔ بے خوابی کے لیے سر پر بوب سبب کا علاج کریں۔

تقویت کے لیے خمیرہ گاؤ زبان غبری جوامہ والا، اور باصنہ کی صلاح کے لیے جوارش جالینوس دیں۔

### FRIGIDITY

یہ نفسیاتی بیماری ہے جس میں اکثر عورتیں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ یہ دخول کی تکلیف۔ حمل کا خوف۔ امراض زہری (آتشک دسوزک) یا شوہر سے حد و نفرت و عداوت کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے جس کی وجہ سے مہبل کے عضلات میں غیر ارادی طور پر تشنج کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جسے *VAGINISMUS* کہتے ہیں اور یہ کیفیت *DYSpareunia* کا سبب بنتی ہے *PSYCHOGENIC FRIGIDITY* بعض عضوی امراض جیسے التهاب مہبل، سیلان ابض، التهاب فرج، التهاب غشاء مبطن رحم اور بعض اوقات سلعاً رحم کا بھی سبب بنتی ہے۔

### FUNCTIONAL STERILITY

یہ صورت عام طور پر حمل کے خوف کے نتیجے میں یا کسی جنسی عدم مطابقت کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں تبویض یا تو بالکل نہیں ہوتا یا ہوتا بھی ہے تو طٹ کے دوران اکثر دیکھا گیا ہے کہ بعض لوگ اولاد کی شدید خواہش کے باوجود محروم رہتے ہیں۔ یہاں تک کہ وہ آخر میں مایوس ہو کر کسی بچے کو گود لے لیتے ہیں۔ کچھ دنوں کے بعد جب عورت کے دل سے ماں بننے کا خوف نکل جاتا ہے تو اس کے بعد وہ حاملہ ہو جاتی ہے۔

### HABITUAL MISCARRIAGE

بعض اوقات یہ کیفیت *PSYCHOSOMATIC* بھی ہو سکتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ *AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM* رحم میں زود جنسی کا سبب بنتا ہے۔ اسقاط کی خواہش بعض امور مثلاً اخلاقی سماجی یا معاشی حالات کے نتیجے میں ہو سکتی ہے لیکن یہ صورت عام طور پر انجملے خوف کے نتیجے میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔

## عسر طث

ایسی حالت میں درد، متلی تے اور بیہوشی عام طور پر ہوتی ہے۔ بعض اوقات لڑکیوں کے بلوغت کے وقت گھریلو لڑائی جھگڑے کے نتیجے میں *FUNCTIONAL DYSMENORRHOEA* ہو سکتا ہے۔ ایسی عورتیں ہر طث سے قبل بیمار ہو جایا کرتی ہیں وہ سرکش ہوتی ہیں۔ اور اپنے کو بے سہارا محسوس کرتی ہیں۔ بعض لڑکیاں ماں کی بد مزاجی کی وجہ سے بھی عسر طث یا احتباس طث میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ اور جب وہ گھر سے دور چلی جاتی ہیں تو ان کی تکالیف ختم ہو جاتی ہیں۔

## احتباس طث

ٹانگ اور تنگ مزاج لڑکیوں میں طث بعض اوقات تاخیر سے شروع ہو سکتا ہے جسے *PRIMARY FUNCTIONAL AMENORRHOEA* کہا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض اوقات بعض ذہنی پریشانیوں مثلاً جنگ کے دوران، طلاق کے معاملات، خوف رجساکر زنا کے بعد اکثر ہو جاتا ہے، کے نتیجے میں طث عارضی طور پر رک سکتا ہے جسے ثانوی احتباس طث کہا جاتا ہے۔ احتباس کی یہ صورت سبب کو دور کرنے کے بعد خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔ بعض عورتوں کو بچوں کی خواہش یا حمل کے خوف کے نتیجے میں بھی احتباس طث ہو سکتا ہے جسے رجاء (حمل کا ذب) یا *PSEUDOCYESIS* کہا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں عرصہ کے بطن میں نفع ہوتا ہے۔ پستان میں بھی تبدیلیاں ظاہر ہوتی ہیں اور وزن بھی بڑھ جاتا ہے۔

نواں باب

# گزنند اعضا متناسل گزنند ولادتی

## انشقاق عجان، فرج و مہبل

وضع محل کے نتیجے میں دہلیز الفرج اور شفران کبیر اکثر شق ہو جایا کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ انشقاق اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ اس کا اثر *PERINEAL BODY* اور مہبل کے خلقی دیوار کے زیرین حصہ پر بھی ہوتا ہے۔ اور اکثر *SPHINCTOR ANI* اور *ANTERIOR RECTAL WALL* بھی اس سے متاثر ہوتی ہے۔

انشقاق عجان کے تین درجات ہوتے ہیں۔ پہلے درجہ میں قید الفرج، عجان کی جلد اور مہبل کی غشاء مخاطی متاثر ہوتی ہیں لیکن عضلات شق نہیں ہوتے۔ دوسرے درجہ میں *PERINEAL BODY* کے ساتھ ساتھ عجان کی جلد اور مہبل کی غشاء مخاطی متاثر ہوتی ہیں لیکن *ANAL SPHINCTOR* پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ تیسرے درجہ میں *SPHINCTOR* کا بالائی حصہ اور مقعد کی قدیمی دیوار بھی متاثر ہوتی ہیں۔

*EPISIOTOMY* کے کرنے کے بعد عجان میں شدید قسم کا انشقاق عام طور پر نہیں ہوتا۔ اور اگر انشقاق ہو جائے تو فوراً ہی تھدیر مقامی یا عمومی کے بعد اس کی خیاط کر دینی چاہیے

## فرج میں ہونے والا سلعہ دمویہ

یہ کیفیت وضع محل کے دوران عموماً کسی *VARICOSE VEIN*

کے شقی ہو جانے کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ وضع حمل کے دوران درد کی شدت اور جسم کی نراکت کی وجہ سے یہ صورت یکبارگی بھی پیدا ہو سکتی ہے ایسی حالت میں سلوہ دمویہ تھوڑی ہی دیر میں بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اگر شقی ہو جاتے تو اس کے نتیجے میں شدید قسم کا جریان دم ہوتا ہے یہی اوقات EPISIOTOMY کی خیاطت یا انشقاق بجان کے فوراً ہی بعد فرج اور مہل میں سلوہ دمویہ بن جاتا ہے۔ جو خیاطت کے دوران نامکمل HAEMOSTASIS کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

بعض اوقات فرج کے ایک یا دونوں جانب کسی شدید قسم کی ضرب تحت الجلد کے نتیجے میں بھی سلوہ دمویہ ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں شفران پرنیکلوں درم ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں آرام اور COLD APPLICATION ضروری ہے۔ اگر اس کی وجہ سے وضع حمل کے دوران رکاوٹ پیدا ہو یا درم تیزی کے ساتھ بڑھ رہا ہو تو اس میں سگاف دینا ضروری ہے اگر وقت بد تفریغ (EVACUATION) نہ کی گئی تو NECROSIS کے امکانات ہوتے ہیں۔

## انشقاق مہبل و عنق الرحم

عام طور پر وضع حمل کے دوران ہونے والی گزند ہی کے نتیجے میں عنق الرحم کا انشقاق ہوا کرتا ہے یہ انشقاق عموماً جانی ہی ہوتا ہے جو ایک جانب بھی ہو سکتا ہے اور دونوں جانب بھی۔ اگر دونوں جانب ہو تو اس کے نتیجے میں عنق الرحم، قدائی اور خلقی دوصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ فائبروسس کے نتیجے میں یہ منقسم حصے باہر کی جانب مٹر آتے ہیں۔ اس EROSION کی کیفیت کو "ECTROPION" کہا جاتا ہے۔ ECTROPION اور التهاب غشاء مبطن عنق الرحم کے نتیجے میں منرس تھی یا مخاطی سیلان ہوتا ہے۔ اس کا اثر خونیت مسویہ پر بھی ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں ثانوی عقر ہوتا ہے۔ اگر عنق الرحم میں شدید قسم کا انشقاق ہوا ہو تو اس کے نتیجے میں INCOMPETENT OS کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے چوتھے یا پانچویں مہینے میں اسقاط ہو جایا کرتا ہے۔

اوضاع حمل کے دوران پچھلے کے امکانات ہوں تو وضع حمل کے بعد SIMS SPECULUM کے ذریعہ عنق الرحم کا معائنہ کیا جائے۔ اگر انشقاق ہوا ہو تو واسطی کے ساتھ اس کی خیاطت کی جائے

## گزند رحمی

OBSTRUCTED LABOUR میں اگر احتیاط نہ کی جائے تو رحم شق ہو سکتا ہے چونکہ وہی علاقہ میں وضع حمل کے قبل اور دورانِ حاضی اقدامات کی آسائیاں فراہم نہیں ہوتیں اس لیے وہاں پر اس کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ اسے "تجالیات" میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

## عملِ جبراحت کے دوران ہونے والی گزند

نرم و نازک باردوار رحم سے مادہ حمل کو نکالنے وقت CURETTE یا OVUM FORCEPS سے رحم میں حادثاتی طور پر تشقیب ہو سکتی ہے۔ اور اگر تشقیب کا پتہ نہ پلے تو اس کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں جو اکثر موت کا سبب بنتے ہیں۔ غیر باردوار رحم میں تشقیب اس وقت ہوتی ہے جبکہ DILATOR کے ادخال میں دقت ہو یا رحم میں RETROFLEXION یا ACUTE ANTEFLEXION پایا جاتا ہو۔

## حادثات کے نتیجے میں ہونے والی گزند

کسی تیز اور دہاردارشی پر گر جانے، گھوڑے کی سواری، یا کسی بھی حادثہ مثلاً پسل کر گر جانے سے بھی فرج اور مہل کو گزند پہنچ سکتی ہے۔ شدید قسم کی گزند کی صورت میں عانہ کا کسر بھی ہو سکتا ہے اور مہل کے انشقاق کے تجاوز کر جانے کے نتیجے میں حالبین شانہ اور مقعد بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ فرج میں سلعہ دمویہ ہو سکتا ہے یا فرج و عجان میں رض BRUISE یا انشقاق ہو سکتا ہے۔ فرج کے تھامی حصہ کی گزند بظرفک بھی پہنچ سکتی ہے اور وہاں کی عروق دمویہ کے شق ہونے کے نتیجے میں شدید قسم کا جریان دم بھی ہو سکتا ہے۔ اسی طرح مہل کا حلقی انشقاق جو VASCULAR RECTO-VAGINAL SEPTUM تک پہنچ جائے شدید قسم کی بلیڈنگ کا سبب بنتا ہے۔

بعض اوقات مباشرت کے نتیجے میں ہونے والے زخم بھی شدت کی صورت اختیار کر لیتے ہیں



دبیز فٹاہ بکارت کے شق ہونے کے نتیجے میں بھی شدید قسم کا جریان دم ہو سکتا ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات شق ہونے والی عروق دموئہ کے لیے بندش کی ضرورت پڑتی ہے۔ اسی طرح مباشرت کے وقت طاقت کا استعمال بعض اوقات POSTERIOR FORNIX کے انشقاق کا سبب بنتا ہے جس کے ساتھ صدمہ (SHOCK) اور نرفٹ بھی ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں جریان دم کو روکنے کے لیے LIGHT PACKING فروری ہے۔

### جسم غریب (FOREIGN BODY) کے نتیجے میں ہونیوالی گزند

بعض پچیاں ہبل میں جسم غریب (F.B) مثلاً پنسل کے ٹکڑے یا سیغی پن یا اور دوسری چھوٹی چیزیں داخل کر لیتی ہیں۔ اور ایسی حالت میں اس کا پتہ چلنا بہت دشوار ہوتا ہے کیونکہ پچیاں یا تو اس سے ناواقف ہوتی ہیں یا ڈر کی وجہ سے نہیں بتاتیں۔ ایسی حالت میں فرج سرف اور متورم ہوتی ہے اور ہبل سے قہی نمون آمیز رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے ان پچوں کا معائنہ KNEE-CHEST POSITION میں تخذیر عمومی کے بعد ہی کرنا چاہیے اور F.B. نکالنے کے بعد چند دنوں تک کسی دافع تعفی لوشن سے ہبل میں ڈوش کرتے رہنا چاہیے۔

بعض اوقات جسی حظ حاصل کرنے کی غرض سے استعمال کی جانے والی F.B. ہبل کو اندر رہ جاتی ہے جس کے نتیجے میں التهاب ہبل یجانی (IRRITATIVE VAGINITIS) ہوتا ہے جو بعض اوقات زخم کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ صحیح طریقے پر استعمال نہ کی جانے والی پیسیری۔ یا ایک عرصہ تک ہبل میں پڑی رہ جانے والی پیسیری مقام زخم اور NECROSIS کا سبب بنتی ہے۔

بعض اوقات اسقاط کرانے کی غرض سے STICKS استعمال کی جاتی ہیں جس کے نتیجے میں عانہ کے انسور میں تعدیر ہو جاتا ہے۔

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICES (I.U.C.D.) کے نتیجے

میں بھی تشقیب ہو سکتی ہے۔

دسواں باب

## تعدیہ عدوائے عضام تناسل

ACUTE VULVITIS :

ورم فرج حاد

مقانی گزند یا ہبل کے INFECTED زخم کے نتیجے میں یہ مرض ہوتا ہے بعض اوقات شورش اور ہجان پیدا کرنے والا ہبل ارتشاح یا تعطیر ابول، جس کے ساتھ URINARY INCONTINENCE بھی ہو ہبل میں ورم اسرخی اور سحج کا سبب بنتا ہے۔

بلوغت کے بعد سوزاک کے نتیجے میں ورم فرج شاذ ہی ہوتا ہے کیونکہ سوزاک کے اثر میں ان ہی انسج پر حملہ آور ہوتے ہیں جو STRATIFIED SQUAMOUS EPITHELIUM سے ڈھکے ہوئے نہیں ہوتے۔

بلوغت سے قبل (خصوصاً بچوں میں) سوزاک کے نتیجے میں ورم فرج وہبل زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ اس وقت ہبل کی غشاء غاطی TRANSITIONAL ہوتی ہے اس کے علاوہ بچوں میں گندگی۔ طبعی جراثیم یا کسی F.B. کے نتیجے میں ہونے والی مچ رطوبت کی وجہ سے ورم ہوا کرتا ہے۔ ایسی حالت میں عسر بول (DYSURIA) اور عکۃ الفرج (PRURITUS VULVA) خاص علامت ہوا کرتی ہیں۔

علاج

ہبل کو دافع تعفن لوشن سے صاف کیا جائے پنسلین انجکشن دیا جائے۔ (خصوصاً جبکہ تعدیہ سوزاک ہو)۔ تکید کریں

## ورم فرج ذیابیطسی (DIABETIC VULVITIS)

یہ **MONILIAL INFECTION** کی وجہ سے ہوتا ہے ایسی حالت میں شدید قسم کی خارش ہوتی ہے۔

## ورم بارٹولین حاد ACUTE BARTHOLOINITIS

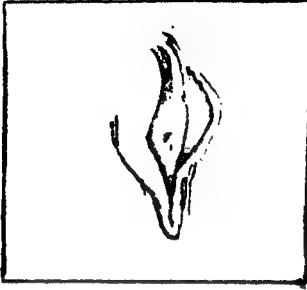
غده بارٹولین اور اس کی نالیوں میں ورم عموماً سوزا کی تعدیہ ہی کے نتیجے میں ہو کرتا ہے۔ اس کے علاوہ دوسرے قحی جراثیم کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں جلد اور غشاء مخاطی سرخ چمکدار اور نازک ہوتی ہے۔ ورم کی وجہ سے منفذ چھپ جاتا ہے۔ اگر مہل میں انگلی داخل کرنے کی کوشش کی جائے تو بہت تکلیف ہوتی ہے۔ ابتدا میں ورم سخت اور ٹھس ہوتا ہے لیکن خراج بن جانے کے بعد نرم اور لچکدار ہو جاتا ہے۔ مجری بارٹولین میں تسدیہ بھی ہوتی ہے خراج یا تو خود ہی پھٹ جاتا ہے یا شنگاف لگانے کی ضرورت ہوتی ہے اگر خراج خود بخود شق ہو جائے تو اس کا سوراخ بہت چھوٹا ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں مادہ کا اخراج صحیح طریقہ پر نہیں ہو پاتا ایسی حالت میں عارضی طور پر آرام مل تو جاتا ہے لیکن چند دنوں کے بعد پھر خراج بن جاتا ہے بہتر یہی ہے کہ شنگاف لگانے کے بعد صاف کر کے **MAGSULPH ACRIFLAVIN** سے ڈرلینگ کی جاتی ہے۔

## ورم بارٹولین مزمن CHRONIC BARTHOLOINITIS

مزمن ورم ہونے کی حالت میں غده بارٹولین اسنگ مرمر کی مانند سخت ہو جاتا ہے جسے انگلیوں سے دبا کر نجوبی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ایسی حالت میں فرج میں بار بار درد اور ورم ہوتا ہے۔ اور غده پر دبانے سے قحی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ ورم مزمن ہونے کی حالت میں مکمل انقطاع ضروری ہے

## BARTHOLIN'S CYST

## کیسہ بارٹولین



۲۳ کیسہ بارٹولین

غده بارٹولین کی نالیوں میں تسدیہ ہونے کے نتیجے میں کیسہ بنتی ہے۔ کیسہ میں ہونے والا مادہ عموماً پتلا اور مصلی (SEROUS) ہوتا ہے لیکن بعض اوقات غلیظ اور لیسدار ہوتا ہے۔ کیسہ پر کاسٹر ہوتا ہے

## URETHRITIS

## ورم مجری بول

حاد اور مزمن دونوں قسم کا ورم عام طور پر سوزاک ہی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ حاد ورم میں درد اور سوزش کے ساتھ بار بار پیشاب ہوتا ہے منفذ مجری بول سرخ ہو جاتا ہے۔ اور مہبل کی قدیمی دیوار پر انگلی سے دبائے پر SKENES DUCT سے مچ نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

SKENES DUCT میں تعدیہ برقرار رہنے سے ورم مجری بول مزمن ہوتا ہے چونکہ سوزاک کے جراثیم SKENES DUCT کے عمیق حصہ پر قیام کرتے ہیں جس کی وجہ سے تعدیہ کافی عرصہ تک قائم رہتا ہے اور قحطی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ تعدیہ کے ذرائع کو ختم کرنے کے لیے ضروری ہے کہ مقام مائوف کو CAUTERIZE کیا جائے۔

## URETHRAL STRICTURE

## تضیق مجری بول

مجری بول میں تضیق سوزاک کی تعدیہ کے بعد یا کسی نوعی ورم کے نتیجے ہو سکتی ہے۔ اور بعض اوقات یہ شیخوخی (SENILE) بھی ہوتی ہے۔

## قروح فرج

### قروح حاد

مدور یا بیضوی زخم فرج کی غشاء غامی پر اکثر پائے جاتے ہیں بعض اوقات یہ مہل کے زیرینا حصہ پر بھی ہوتے ہیں۔ یہ زخم *BACILLUS CRASSUS* کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔ اور عموماً دامن عفونت ادویات کے مقامی استعمال سے مندریل ہو جاتے ہیں۔

### قروح درنی *TUBERCULOUS ULCER*

اسے مدہ کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

### قروح آتشکی *SYPHILITIC ULCER*

آٹھک کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔

### قروح سرطان *CARCINOMATOUS ULCER*

کیسر کے باب میں درج ہے۔

### *CHRONIC HYPERTROPHIC VULVITIS*

*FILARIA* دیگر اعضا کی مانند۔ *ELEPHANTIASIS VULVA*

کی وجہ سے لقاوی عروق میں تسبب *SANGUINIS HOMINIS*

کے نتیجے میں ہی پیدا ہوتا ہے۔ دامانیل (*FILARIASIS*) کے علاوہ بعض اوقات آتشک اور تدرن کے نتیجے میں غدد لقاوی میں ہونے والا دم بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔

## تعدیہ۔ عدوائے عدوی ہہیل

INFECTIONS OF VAGINA

### ورم ہہیل سوزاکی حاد

ACUTE GONOCOCCAL VAGINITIS

اسے سوزاک کے باب میں تفہیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

### ورم ہہیل نفاسی حاد

ACUTE UER PERAL VAGINITIS

ہیل کے انشقاق کی حالت میں اگر قہجی جراثیم کا تعدیہ ہو جائے تو اس کے نتیجے میں قروچی (ULCERATIVE) یا غانفرانی (GANGRENOUS) ورم ہہیل ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں ہیل سے قہجی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ جس میں بدبو بھی ہوتی ہے۔ اگر تعدیہ صرف ہیل ہی تک محدود ہو تو ترکیبی عوارض بہت معمولی قسم کے ہوتے ہیں لیکن عمیقی انشقاق کی حالت میں تعدیہ ہونے کی صورت میں ہیل کی غشاء مخاطی اور اس سے متصل عمیقی انجہیں SLOUGH بن جاتا ہے جس کے نتیجے میں VESICO-VAGINAL یارچی ہہیلی STULA ہوتا ہے۔ بہت زیادہ سلف ہونے کے نتیجے میں بعض عورتوں کے مجری ہیل میں قہجی کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جو بعد میں مجری ہیل کے گرد ایک غفرونی حلقہ کی صورت اختیار کر لیتی ہے ایسی حالت میں قہجی اتنی زیادہ ہوتی ہے کہ ایک سائز کا DILATOR بھی داخل کرنا مشکل ہوتا ہے۔

## علاج

EUSOL SOLUTION (10%) سے مجری ہیل کو روزانہ دوش کرنے کے بعد GLYCERINE ACRYFLAVIN ہیل کے اندر ڈالیں قہجی تعدیہ کو روکنے کے لیے ANTIBIOTICS دئے جائیں۔ EPITHELIUM کی نحو کے لیے ایسٹروجن دیا جائے۔

## ورم مہیل کی میاوی CHEMICAL VAGINITIS

مانع حمل ادویات کے بار بار استعمال کرنے کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے جن اوقات  
 ANTISEPTIC DOUCH کے نتیجے میں بھی یہ ورم ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت  
 میں ان اشیاء کا استعمال ترک کر دیا جائے اور GLYCERINE ACRYLAVIN  
 مہل کے اندر ڈالا جائے۔

## ورم مہیل خناتی ACUTE DYPHTHERITIC AGINITIS

ورم مہیل کی یہ قسم بہت ہی کم ہوتی ہے ایسی حالت میں مہیل کی غشاء مخاطی پر پھورے  
 رنگ کی غشاء کے پائچے نظر آتے ہیں CULTURE کرنے کے بعد مرض کی تشخیص ہو  
 جاتی ہے۔ ایسی مریض کے لیے DIPHTHERIA ANTITOXIN کے  
 ساتھ مکمل آرام اور ISOLATION بہت ضروری ہے۔

## F.B کے نتیجے میں ہونے والا ورم مہیل مزمن

بعض اوقات رحم کے RETROVERSION کے علاج کے سلسلے میں استعمال  
 کی جانے والی پیرسری کے نتیجے میں ورم مہیل ہو سکتا ہے خصوصاً جبکہ یہ ایک عرصہ تک پڑی  
 رہ گئی ہو۔ اسی طرح جلق کے لیے استعمال کی جانے والی اشیاء بعض اوقات ہاتھ سے پھسل کر  
 اندر چلی جاتی ہیں جو ورم کا سبب بنتی ہیں۔ ایسی حالت میں مہیل میں زخم ہو جانے کی وجہ سے بدبودار  
 آمیز رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے بعض اوقات اس کے نتیجے میں RECTO VAGINAL FISTULA  
 یا شدہ قسم کا ورم مجاورات رحم (PARAMETRITIS) بھی ہو سکتا ہے

## TRICHOMONIASIS کے نتیجے میں ہونے والا ورم مہیل

سب سے پہلے DONNE نے 1837 میں مہیل سے مترشح ہونے والی  
 رطوبت میں TRICHOMONOS کا پتہ لگایا۔  
 یہ تعد یہ کسی بھی عمر میں ہو سکتا ہے اور ہمیشہ برقرار رہتا ہے علاج سے افادہ تو بہت

جلد ہوتا ہے لیکن تھوٹے دنوں کے بعد مرض دوبارہ ہو جاتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جب سے ANTIBIOTICS استعمال کئے جانے لگے اس مرض میں اضافہ ہو تا گیا ہے۔ عورتوں میں یہ تعدیہ مباشرت ہی کے ذریعہ ہوتا ہے۔ سماجی معاشی اور ذاتی حالات کا اس مرض سے گہرا تعلق ہے اور شادی شدہ عورتوں میں اس کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔

#### MORPHOLOGY

TRICHOMONAS VAGINALIS کریات بیضار سے قدرے بڑے ہوتے ہیں۔ ان میں چار FLAGELLA ایک GRANULAR CYTOPLASM اور صرف ایک بیضوی نوآہ ہوتا ہے۔ ان میں تیز حرکت مستقل طور پر ہوتی رہتی ہے۔ مردہ TRICHOMONAS اور کریات بیضار میں تفریق شکل سے ہو پاتی ہے۔ ذلتوں میں تفریق کے لیے SPECIMEN کا تازہ ہونا ضروری ہے۔ اور اسے POSTERIOR FORNIX سے ہی لینا چاہئے

#### عوارض و علامات

TRICHOMONIASIS کی مریضہ میں سیلان ابض ہی ایک ایسی علامت ہے جو ہمیشہ قائم رہتی ہے۔ دورہ طث کی مکمل مدت تک سیلان کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ رطوبت تلی، سیزی مائل زرد اور جھاگ دہر ہوتی ہے بول میں سوزش عام طور پر ہوتی ہے اگرچہ ہمیشہ نہیں رہتی DYSpareunia ہوتا ہے عورت کو مباشرت سے کوئی خط نہیں حاصل ہوتا۔ مرد یہ بیان کرتا ہے کہ اس کے حشفہ پر مباشرت کے دوران یا بعد تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ سوزش و بچان پیدا کرنے والی رطوبت کی وجہ سے یہ عورتیں عموماً بانجھ ہوتی ہیں منفذ جہل کھلا اور سرخ ہوتا ہے منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر مہبل کی غشاء مخاطی میں اجتماع دم کی کیفیت نظر آتی ہے۔ بعض عورتوں میں عنق الرحم کے مہبل حصہ اور مہبل کے بالائی حصہ پر ایک خاص علامت نظر آتی ہے جسے STRAWBERRY TYPE OF HYPERAEMIA کہا جاتا ہے۔



## علاج

زن و شوہر دونوں کا علاج کیا جائے اور مرد کو یہ ہدایت کی جائے کہ وہ مباشرت کے وقت  
 CONDOM استعمال کرے۔ FLAGYL (METRONIDAZOL) (200mg) دن میں تین بار سات دن تک  
 دیں۔ اگر ضرورت ہو تو دوبارہ پھر دیا جائے۔

## MONILIASIS کے نتیجے میں ہونے والا اورم مہیل

HILL نے 1751 میں سب سے پہلے MONILA کی شناخت کی  
 حالانکہ اس سے قبل 1729 میں MICHELLI نے بھی اس کے بارے  
 میں تحقیق کی تھی DOBERLEIN نے ورم مہیل کی بعض قسموں میں YEAST CELL  
 کا مشاہدہ کیا لیکن CASTELLINI نے 1915 میں MONILIA  
 کے نتیجے میں ہونے والے ورم مہیل کے بارے میں بتایا۔  
 یہ دیکھا گیا ہے کہ ANTIBIOTICS کے کثرت استعمال کے نتیجے  
 میں MONILIASIS زیادہ ہوتا جا رہا ہے۔ یہ تعدیہ غیر حاملہ عورتوں کی بہ نسبت  
 حاملہ عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ حمل کے دوران مہیل بٹثرہ  
 EPITHELIUM میں گلائیکوجن کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور اس سبب کی بنا پر زیادہ میٹس کی مریضہ میں یہ تعدیہ زیادہ  
 ہوتا ہے

## عوارض و علامات

مکث الفرج کے ساتھ ساتھ سوزش بول کی شکایت ہوتی ہے مہیل رطوبت زرد اور پیزر کی مانند  
 ہوتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ TRICHOMONOS کا بھی تعدیہ ہو تو رطوبت پیلی  
 مانی اور جاگ دار ہوتی ہے۔ مہیل سرخ اور متورم ہوتی ہے اور سفید رنگ کا خشک ارتشاح اس  
 کے اوپر جمع ہوا ہوتا ہے اس کے قفل اور FORNICES غلیظ رطوبت  
 سے پُر ہوتے ہیں۔

## علاج

مریضہ کو ہدایت کی جائے کہ وہ DOUCH اور مباشرت سے پرہیز کرے۔ حفاظت صحت کے اصولوں پر عمل کرے۔ فرج اور ہبل کی غشاء مخاطی پر GENTION VIOLET (2%) لگائے۔ TAB. NYSTATIN (500,000 unit) خوردنی طور پر استعمال کرایا جائے دو ہفتہ کے بعد پھر یہ علاج شروع کریں تاکہ مرض دوبارہ نہ ہو سکے۔

## درم مہبل شیخوخی SENILE VAGINITIS

درم مہبل کی یہ قسم سن یاس کے بعد ہوتی ہے کیونکہ اس وقت مہبل کی بشرہ - TRANSITIONAL (EPITHELIUM) پتلی اور ہوتی ہے۔ اس مرض میں مہبل کا اوپری حصہ اور مہبل کے FORNICES بھی متاثر ہوتے ہیں۔ غشاء مخاطی بہت چمکدار اور نسخہ ہوتی ہے۔ اور اس کی سطح پر سرخ رنگ کے چھوٹے چھوٹے دھبے ہوتے ہیں۔ ان کو چھونے سے خون بہنے لگتا ہے۔ خارج ہونے والی رطوبت کی مقدار کم زیادہ ہوتی رہتی ہے۔ لیکن وہ خون آمیز ہوتی ہے یہ رطوبت میچ بھی ہوتی ہے جس کے نتیجے میں مہبل میں خارش ہوتی رہتی ہے۔ بعض عورتوں کو پیشاب میں سوزش بھی ہوتی ہے۔

## علاج

ایسٹروجن خوردنی یا مقامی طور پر استعمال کرایا جائے۔ خوردنی طور پر استعمال کرانے کے لیے ETHINYL OESTRADIOL (0.01mg) قرص کی شکل میں چند ہفتہ تک دی جائیں اور مقامی استعمال کے لیے 1000 unit کی VAGINAL SUPPOSITORIES بطور قرزبہ استعمال کریں۔ مہبل (معدنہ) استعمال کرائیں۔

## قروح مہبل

زخم کی یہ قسم پیسری کے دباؤ کے نتیجے میں ہو سکتی ہے یا بعض اوقات حلق کی غرض سے استعمال کی جانے والی اشیاء کے نتیجے میں پیسری جو ایک عرصہ سے مہبل میں بڑی ہوئی ہو اس کے نتیجے میں ہونے والا زخم غلظی *FORNIX* میں ہوتا ہے۔ بڑی اور تنگ ہونے والی پیسری کے نتیجے میں ہونے والا زخم مہبل کے جانی دیواروں میں ہوتا ہے۔

### *RADIUM THERAPY* کے نتیجے میں ہونے والا زخم

اس قسم کا زخم بعض اوقات سرطان عنق الرحم کے علاج کے سلسلے میں دئے جانے والے *RADIUM TREATMENT* کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ زخم مہبل کے اوپری حصہ میں ہوتے ہیں جو مندمل ہونے کے بعد *SCAR* میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔

### امراض زہری (جماعی) کے نتیجے میں ہونے والے قروح مہبل

ابتدائی اور ثانوی آتشک کے زخم اور *TERTIARY GUMMATA* مہبل میں بہت ہی کم ہوتے ہیں۔

### قروح مہبل درنی

درنی قروح عنق الرحم کی مہلی سطح پر فم مہبل کے قریب ہوتے ہیں۔ انہیں چھونے پر خون نہیں نکلتا ہے۔ یہ سرطان مہبل کے مشابہ ہوتے ہیں۔ تفریق صرف *HISTOLOGICAL EXAMINATION* ہی کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

### درم عنق الرحم حاد (*ACUTE CERVICITIS*)

یہ درم عموماً سوناک کے تعدیہ کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ لیکن بعض اوقات اسقاط کرانے کی غرض سے استعمال کیے جانے والے *INFECTED F.B.* کے

نتیجہ میں بھی ہو سکتا ہے۔

## عوارض و علامت

شدت کے ساتھ قحطی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر عنق الرحمہ متورم نظر آتی ہے اور جبری عنق الرحمہ کی غشاء مخاطی سرخ ہوتی ہے اور اس میں اجتماع دم ہوتا ہے۔ اور قحطی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔

## علاج

ANTIBIOTICS دیتے جائیں۔

## ورم عنق الرحمہ مزمن CHRONIC CERVICITIS

اس کے دو خاص اسباب ہوتے ہیں (۱) سوزاک اور (۲) ECTROPION کے ساتھ ہونے والا اشتقاق عنق الرحمہ ایسی حالت میں غلیظ قحطی مخاطی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ سوزاک کے نتیجہ میں ہونے والے ورم عنق الرحمہ مزمن کی تشخیص شکل سے ہو پاتی ہے کیونکہ جراثیم قحطی حصہ میں ہوتے ہیں SMEAR اور CULTURE عموماً منفی ٹیکٹریو ہی ہوتا ہے۔ عوارض و علامات اور علاج ناسل عنق الرحمہ کی مانند ہے۔

## تاکل عنق الرحمہ CERVICAL EROSION

یہ تقاضی سرفی جو ٹم ہیل کے ارد گرد ہوا کرتی ہے چھوٹے تاکل (EROSION) کو محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ یہ زخم میں اس وقت تک تبدیل نہیں ہوتا جب تک کہ وہ سرطانی کی صورت نہ اختیار کرے۔ یہ عرصہ ہموار چکن اور چمکدار ہوتی ہے اور ہیل کے بشرہ کی سطح سے قدرے ابھری ہوئی ہوتی ہے۔ تاکل عنق الرحمہ عام طور پر کثیر الحمل عورتوں میں ورم عنق الرحمہ مزمن کے پھیلنے کے نتیجہ میں ہوتا ہے۔ لیکن NULLIPAROUS میں یہ سوزاک کے نتیجہ میں ہونے

وائے عنق الرحم کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے۔ ان میں سے بعض میں یہ خلقی طور پر بھی موجود ہوتا ہے جیسے CONGENITAL EROSION کہتے ہیں۔ جمل کے ستونیں ہیں اور طفولیت کے دوران مجری عنق الرحم کی COLUMNAR پوشہ ہم جہل سے آگے تجاوز کر کے عنق الرحم کے PORTIO VAGINALIS کا ستر کرتی ہے۔ اگر بلوغت کے بعد بھی یہ صورت باقی رہے تو اسے خلقی تاگل (CONGENITAL EROSION) کہا جاتا ہے۔

تاگل دو صورتوں میں ہو سکتا ہے۔

- ۱۔ ورم عنق الرحم مزمن میں قمع اور قاط کے مسلسل خارج ہونے کے نتیجے میں تاگل کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جو مرض کا علاج کرنے کے بعد خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔
- ۲۔ عنق الرحم کی غشاء قحطی میں فرط استنجا (HYPERPLACIA) کے نتیجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

## عوارض و علامات

مرض کی سب سے اہم علامت سیلان ہے اس کے علاوہ وجع انظر، عقر، عسر لول اور DYSpareunia بھی ہوتا ہے۔ منظر کے ذریعہ معاینہ کرنے پر تاگل سرخ رنگ کا دکھائی دیتا ہے۔ سادہ تاگل چمکا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر چند کھلے ہوئے غدہ ہوتے ہیں۔ اگر اس کی سطح دانے دار ہو تو اسے تاگل طی (PAPILLARY EROSION) کہا جاتا ہے۔ اگر مجری کی تسدیک کی وجہ سے غدہ میں نفع ہوتا ہے تو اس کے نتیجے میں سطح پر چھوٹے چھوٹے کیسے کی مانند نظر آتے ہیں انہیں تاگل و یصلی۔ (FOLLICULAR) EROSION کہا جاتا ہے۔ تاگل نہ تو چھونے سے ٹوٹتا ہے اور نہ اس سے نرف ہوتا ہے۔ اگر تاگل کو چھونے سے نرف ہو تو ایسی حالت میں درنی تعدیہ یا سرطان کے اسکانات ہوتے ہیں۔ لہذا تشخیص کے لیے BIOPSY ضروری ہے۔

## علاج

یہ عام طور پر خود ہی سنبدل ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر قیمی فحاشی رطوبت ایک عرصہ سے خارج ہو رہی ہو اور مریضہ کے لئے یہ صورت تکلیف دہ ہو یا عقر کا سبب ہو تو فوری علاج کی ضرورت ہو تی ہے۔ ایسی حالت میں ELECTROCOAGULATION کہا جاسکتا ہے اگر علق الرحم بہت زیادہ بڑھ گیا ہو یا غلظہ بڑھے ہوئے ہوں تو CONIZATION بھی کیا جاسکتا ہے۔ اگر ان دونوں عمل کے ذریعہ کامیابی نہ ہو CERVICAL AMPUTATION کرنا چاہیے۔ اس آپریشن میں شدید قسم کے زخف یا مجاورات رحم کے تعدیہ کے امکانات ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ گہرے CONISATION میں علق الرحم کی تعینق کے امکانات ہوتے ہیں۔

ورم غشاء مبطن رحم حاد ACUTE ENDOMETRITIS  
اس کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

### ۱۔ نفاسی PUERPERAL

ورم غشاء مبطن رحم عموماً تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والے اسقاط کے بعد ہی ہوتا ہے اگر ورم صرف غشاء مبطن رحم ہی تک محدود ہو تو اسے خفیف MILD کہتے ہیں لیکن جب ورم عضلات رحم اور عانہ کے دیگر اعضاء جیسے قاذف۔ بیض۔ CELLULAR TISSUES اور ویدوں تک پہنچ جاتا ہے تو اسے شدید SEVERE کہا جاتا ہے MILD قسم میں غشاء مبطن رحم میں اجتماع دم اور البتہاب ہوتا ہے۔ اگر HISTOLOGICAL معاینہ کیا جائے تو اس میں کریات بیض کا ایک منظم حلقہ نظر آتا ہے جو تعدیہ کو غشاء مبطن رحم اور عضلات رحم کے عمیقی حصہ میں پھیلنے سے روکتا ہے۔

شدید قسم کے تعدیہ میں غشاء مبطن رحم میں NECROSIS اور نفازدگی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور کریات بیض کا حلقہ غیر منظم ہوتا ہے۔ شدید قسم کے

تعدیہ میں پورے غشاء مبطن رحم میں SLOUGH کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔  
جب قیمی رطوبت جوف رحم میں جمع ہو جاتی ہے تو اس کے نتیجے میں تیغ الرحم حاد  
(PYOMETRA) ہوتا ہے۔

## علامات و عوارض

خفیف قسم میں جسم کا درجہ حرارت بڑھ جاتا ہے۔ اور قیمی رطوبت شدت کے ساتھ  
خارج ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ دوسرے ترکیبی عوارض بہت کم ہوتے ہیں۔ غنق الرحم  
پھیلا ہوا اور رحم TENDER نرم اور پھولا ہوا ہوتا ہے۔  
FORNICES میں لائیت نہیں ہوتی۔

شدت کی حالت میں تشعریرہ (RIGER) کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔  
مریضہ بہت TOXIC ہوتی ہے۔ اگر تعدیہ کے پھیلنے کی وجہ سے ورم  
باربطون ہوتا ہے تو بطن میں نمایاں TENDERNESS کے ساتھ ساتھ  
نفخ اور بطن کے عضلات میں سختی بھی ہوتی ہے۔

## علاج

SULPHONAMIDES اور ANTIBIOTICS حسب ضرورت  
استعمال کراتے جائیں۔ اور تیغ الرحم ہو تو غنق الرحم کو ضبط کرنے کے بعد مادہ کو خارج کر دیا  
جائے۔

## ۲۔ سوزاکی GONOCOCCAL

سوزاک کے نتیجے میں ہونے والا ورم غشاء مبطن رحم حاد غنق الرحم میں ہونے والے تعدیہ  
کے اوپر کی جانب پھیلنے کے نتیجے ہوتا ہے اس کے نتیجے میں طویل عرصہ تک اور شدت کے ساتھ  
طٹ ہوتا ہے۔

### ۳۔ جراحی POST-OPERATIVE

اس قسم میں تعدیہ ELECTRO-COAGULATION یا CURETTAGE کے بعد ہوتا ہے جو آگے تجاوز کرتا ہے۔ اگر تعدیہ خفیف اور محدود ہو تو کوئی خطرناک بات نہیں ہے لیکن جب یہ عانہ کے دوسری ساخت یا احتسار میں پھیلتا ہے تو مختلف قسم کی پیچیدگیاں مثلاً درم قاذفین (SALPINGITIS) درم باربطون عالی - (PELVIC PERITONITIS) درم فجاورات درم (PARAMETRITIS) ہو سکتی ہیں۔

### درم غشاء مبطن رحم مزمن CHRONIC ENDOMETRITIS

اس قسم کا درم بہت ہی کم ہوتا ہے جن کے دو اسباب ہوتے ہیں اول یہ کہ غشاء مبطن رحم کے اوپری تہد کا زیادہ تر حصہ ہر مہینے کل جایا کرتا ہے اس لیے چند ورے سے زیادہ غشاء مبطن رحم کا باقی رہنا بعید از قیاس ہے۔ دوسری وجہ یہ ہے کہ رحم کی وضع عمودی ہونے کی وجہ سے رطوبت کا اخراج بہت ہی صحیح طریقے پر ہوتا رہتا ہے جس کے نتیجے میں تعدیہ کے باقی رہنے کے امکانات کم ہو جاتے ہیں۔

### درم غشاء مبطن رحم شیخی SENILE ENDOMETRITIS

اس قسم میں غشاء مبطن رحم پتلی ہو جاتی ہے مدور اور پلا زما خلیت میں INFILTRATION نمایاں طور پر موجود ہوتا ہے ان عورتوں میں بھی ارتشاح اور سن یاس کے بعد ہونے والا جریان دم ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں مہری غنت الرحم کی تعدیہ کے نتیجے میں قلعہ الرحم (PYOMETRA) بھی ہوتا ہے۔

### درم رحم حاد ACUTE METRITIS

اس کے اسباب وہی ہوتے ہیں جو درم غشاء مبطن رحم حاد کے ہیں بلکہ دونوں مرض ایک



ساتھ ہی ہوتے ہیں۔ لیکن ورم رحم حاد عام طور پر اسقاط عفونی (SEPTIC ABORTION) یا عفونت نفاسی (PUERPERAL SEPSIS) کے نتیجے میں ہو ا کرتا ہے بعض اوقات اس کے ساتھ ساتھ ورم قاذفین (SALPINGITIS) اور ورم بارہلون (PERITONITIS) بھی ہوتا ہے۔ ورم غشاء مبطن رحم سوزاکی کے نتیجے میں بھی ورم رحم ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں رحم کی دیواروں میں ورم ہوتا ہے۔ ایک بڑا خراج یا جھوٹے پھوٹے متعدد ذخراج ہوتے ہیں علامات و عوارض اور علاج ورم غشاء مبطن رحم حاد ہی کی مانند ہے۔

### ورم رحم مزمن (CHRONIC METRITIS)

یہ مرض انہیں عورتوں کو ہوتا ہے جو ایک یا متعدد بار حاملہ ہو چکی ہوں۔ اور عام طور پر ۳۰ سے ۴۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے۔ "کثرت طث" اس مرض کی سب سے اہم علامت ہے بعض عورتوں کو عسر طث شغی، وجع انظر ثانی و عسر طث بھی ہوتا ہے۔ مہیسی معاینہ کرنے پر رحم کیساں طور پر بڑھا ہوا سخت اور متحرک محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اگر اس کے ساتھ ساتھ عانہ میں تعدیہ بھی ہوتا ہے تو رحم پیچھے کی جانب خمیدہ ہو سکتا ہے۔ میبض اور قاذفین میں سخت MASSES ہوتے ہیں۔

### علاج

اگر رحم متحرک ہے اور عانہ کے تعدیہ کے امکانات بھی نہیں ہیں تو VAGINAL HYSRECTOMY کرنی چاہیے۔ اگر ورم کی وجہ سے رحم غیر متحرک ہے تو رحم کو نکالنے کے لیے LAPAROTOMY کرنی چاہیئے۔ ورم حاد کے لیے درج ذیل دوائیں دی جاسکتی ہیں۔

گل بنفشہ، مکون خشک، پرسیاوشاں، تخم خیارین، مویز منقی، عناب، گاؤزباں، مندر جبہ بلا دواؤں کورات کے وقت گرم پانی میں جھگو دیں اور صبح کو مل چھان کر آب کا پیں، سبز مرق، آب مکو، سبز مرق اضافہ کر کے خمیرہ بنفشہ اس میں حل کر کے پلائیں۔ شام کے وقت خمیرہ گاؤزباں، شیرہ مویز منقی، شیرہ مکون خشک عرق یرنجاسف، عرق گاؤزباں

میں تیار کر کے خمیرہ بنفشہ۔

اس میں حل کر کے پلائیں۔

عائہ پر مندرجہ ذیل ضما و صبح و شام لگائیں۔

مکونہ خشک، مغز ملتا س، آرد جو، گل بابونہ، اکلیل الملک، رسوت، صندل سرخ،  
بالچھڑ، گل سرخ، طبل، آب مکو، سبز، آب کاسنی سبز میں پیس کر سرکہ خالص، روغن گل،  
سفیدی بیضہ مرغ ملا کر نیم گرم ضما د کریں۔

دو تین دن کے بعد مرہم داغیلوں، آب کاسنی سبز، آب مکو، سبز، سفیدی بیضہ مرغ،  
روغن گل۔ مندرجہ بالا ادویات کو اچھی طرح ملا کر باریک کپڑے کی بتی اس میں آلودہ کر  
کے مہل کے اندر رکھیں۔ درم مرہم مزمن کی صورت میں گل بنفشہ، مکونہ خشک، بادیاں۔  
پرسیا و شاں۔ بیج کاسنی۔ تخم کنوٹ (پوٹلی باندھ کر) گاؤریاں۔ مویر شقی۔

سب دواؤں کو رات کے وقت گرم پانی میں تر کریں اور صبح کو مل چھان کر خمیرہ بنفشہ  
حل کر کے پلائیں۔

عائہ پر مندرجہ ذیل ضما و صبح و شام لگائیں۔

مکونہ خشک، مغز ملتا س، آرد جو، گل بابونہ، اکلیل الملک، بالچھڑ، گل سرخ، مصطکی،  
جدوارا قنطین، مبرزد، آب مکو، سبز، آب کاسنی سبز میں پیس کر سرکہ خالص، روغن گل،  
سفیدی بیضہ مرغ ملا کر نیم گرم ضما د کریں۔

مرہم داغیلوں استعمال کرائیں۔

دیگر عوارض کا علاج کریں۔

نکوص (عصر جاج) خفیف (CHRONIC SUBINVOLUTION)

ایسی حالت میں وضع حمل کے بعد رحم کا نکوص مکمل طور پر نہیں ہوتا۔ عموماً یہ صورت نفاس کے  
دوران کیسی تعدیہ کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ وجع انظر، عسر طث، تیشی اور عقر  
بھی ہوتا ہے۔ رحم عام طور پر پیچھے کی جانب خمیدہ۔ پھولا ہوا متحرک اور نرم ہوتا ہے۔

## علاج

نوجوان عورتوں میں۔ VENTRAL SUSPENSION  
کی حالت میں توسع اور CURETTAGE کیا جائے۔ سن رسیدہ عورتوں میں  
جوسن یاس کے قریب ہوں اگر رحم غیر متحرک یا پیچھے کی جانب خمیدہ (RETROVERTED)  
ہو تو ABDOMINAL HYSTERECTOMY کی جائے

رحم میں ہونے والی BENIGN HYPERTROPHY

یہ صورت NULLIPAROUS یا باکرہ جن میں ورم کے امکانات  
نہیں ہوتے بہت ہی کم ہوا کرتی ہے۔

## عوارض و علامات

کثرت طث ہوتا ہے۔ مہل کا معائنہ کرنے پر رحم بڑھا ہوا سخت اور متحرک محسوس ہو  
تا ہے۔

ان عورتوں کے لیے HYSTERECTOMY ہی بہترین علاج  
ہے۔ لیکن ایسی عورتیں جوسن یاس کے قریب ہوں انھیں ریڈیم یا DEEP X- RAYS  
دی جائیں۔

تقیع الرحم PYOMETRA

جوف رحم میں تقیع کے اکٹھا ہونے کو PYOMETRA  
کہتے ہیں۔ یہ صورت عادی ہو سکتی ہے اور مزمن بھی۔ علامت عموماً نفاسی پھپھکیوں  
ہی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ لیکن مزمن تقیع الرحم نسوانی امراض ہی کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

تقیع الرحم حاد ACUTE PYOMETRA

تقیع الرحم رکے ہوئے مادہ حمل میں تعدیہ ہونے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اور اگر نفاس

کے دوران رجم میں RETROFLEXION کی صورت پیدا ہو جانے کی توقع کے اکٹھا ہونے کے امکانات زیادہ ہو جاتے ہیں قیچ کے اکٹھا ہو جانے کے نتیجے میں تعدیہ پھیلتا ہے اور ورم قاذف ورم باربلون عانی اور THROMBOPHLEBITIS کا سبب بنتا ہے۔ اگر عنق الرحم کو ضبط کر کے قیچ نکال دی جائے تو پٹیر پچر کم ہو جاتا ہے۔ بطن کا درد اور سختی بھی دھیرے دھیرے ختم ہو جاتی ہے

### تقیح الرحم مزمن CHRONIC PYOMETRA

تقیح الرحم مزمن مجری عنق الرحم کے تسدیہ منفذ اور جوف رحم میں رکے رہ جانے والے ترشح میں تعدیہ ہو جانے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ صورت درج ذیل اسباب کے نتیجے میں پیدا ہو سکتی ہے۔

#### ۱۔ سرطان غشاء مبطن عنق الرحم

مرض کی شدت کی صورت میں مجری عنق الرحم کی تسدیہ کا سبب بنتا ہے جس کے نتیجے میں رکے ہوئے ارتشاح میں قیچی تعدیہ ہو جاتا ہے۔

#### ۲۔ سرطان جسم رحم

نمو خبیثہ میں زخم ہونے کے نتیجے میں قیچی جراثیم کے ذریعہ ثانوی تعدیہ کا سبب بنتا ہے۔  
۳۔ بعض اوقات IRRADIATION کے نتیجے میں مجری عنق الرحم میں ہونے والی تسدیہ کی وجہ سے بھی تقیح الرحم ہوتا ہے۔

#### ۳۔ تقیح الرحم شخوخی

من رسیدہ عورتوں میں پھپھیدگیوں کے نتیجے میں مجری عنق الرحم میں تسدیہ پیدا ہو جاتی ہے ایسی حالت میں رکے ہوئے ارتشاح میں تعدیہ کی وجہ سے تقیح الرحم ہوتا ہے۔

## ۵۔ ورم غشار مبطن رحم درنی

مرض کی شدت کی صورت میں غشار مبطن رحم مکمل طور پر برباد ہو جاتا ہے اور اس کی سطح پر ہونے والا زخم بڑھتا ہی جاتا ہے۔ ان عورتوں میں تیغ الرحم کے ساتھ ساتھ ثانوی تعدیہ کے امکانات بھی ہوتے ہیں۔

## ۶۔ تحت الغشار مخاطی فائبر و مایو مایں ہونے والا سلف

اس نمونہ کو گھڑکی وجہ سے مجری عنق الرحم میں تسدیہ پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں تیغ الرحم (PYOMETRA) ہوتا ہے یہ صورت یا تو نفاسی پھیل گئیوں کے نتیجے میں ہوتی ہے یا سن رسیدہ عورتوں میں۔ کیونکہ ان میں سلف اکثر ہو جایا کرتا ہے

## ۷۔ جسم غریب (F.B.)

تیغ الرحم بعض اوقات F.B. (جو مجرمانہ اسقاط کی غرض سے استعمال کی گئی ہوں) کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے۔

## علامات و عوارض

تھوڑے تھوڑے وقفہ کے ساتھ قہمی رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی رہتی ہے۔  
 قشعریرہ کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔ بعض اوقات  
 HYPOGASTRIUM  
 پردہ اور سختی بھی ہوتی ہے اگر کسی سن رسیدہ عورت کا رحم (تجسس معائنہ کے وقت بڑھا ہوا، نرم اور گلوب کی مانند محسوس ہو تو ایسی حالت میں تیغ الرحم کے امکانات ہو سکتے ہیں

## علاج

جسم رحم یا عنق الرحم میں سرطان ہونے کی صورت میں سرطان کے علاج سے قبل رطوبت کا اخراج ضروری ہے۔

تیغ الرحم شیفونی میں صرف مادہ کے اخراج ہی سے افادہ ہو جاتا ہے۔ سلف ہونے کی

حالت میں HYSTERECTOMY کو اس وقت تک کے لیے  
ملتوی کر دینا چاہیے جب تک کہ تعدیہ ختم نہ ہو جائے ورنہ - POST-OPERA-  
TIVE SEPTIC THROMBOPHELEBITIS کے امکانات ہوتے ہیں۔

### ورم قاذفین حاد ACUTE SALPINGITIS

در اصل یہ مرض ثانوی ہوتا ہے اور ابتدائی تعدیہ جبری تناسل کے کسی بھی حصہ میں ہوتا  
ہے وہاں سے یہ تعدیہ براہ راست الحاق کے ذریعہ یا لمغاضی غد کے ذریعہ قاذفین تک پہنچتا ہے  
بعض اوقات عنق الرحم کے توسع CURETTAGE (DILATATION)

#### HYSTEROSALPINGOGRAPHY

تاکمل کے لیے کئے جانے والے ELECTRO COAGULATION  
یا عنق الرحم کے CONISATION کے بعد بھی ورم قاذفین حاد ہو سکتا  
ہے اسی طرح بعض اوقات SIGMOID COLON یا APPENDIX  
کے تعدیہ کے نتیجے میں بھی یہ مرض ہوتا ہے۔ عام طور پر ورم قاذفین، 'GONOCOCCUS'  
'STAPHYLOCOCCUS' 'STREPTOCOCCUS' 'BACILLUS COLI'  
اور KOCH'S BACILLUS

کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن ۶۰ سے ۷۰ فیصد تعدیہ سوزا کی ہی ہوتا ہے اس کے علاوہ  
عجربانہ استعاط کے نتیجے میں بھی STREPTOCOCCAL SALPINGITIS  
کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

### ورم قاذفین سوزا کی حاد

ورم قاذفین سوزا کی عام طور پر ورم عنق الرحم سوزا کی کے نتیجے میں ثانوی طور پر ہوتا ہے  
اور عموماً طہٹ ہی کے دوران ہوتا ہے۔ چونکہ سوزاک کے جراثیم عنق الرحم کے - RACE-  
MOSE GLAND کے عمیق حصے میں رہتے ہیں لہذا طہٹ اور تشنج اور عنق الرحم  
کے بڑے ہوتے ترشح کی وجہ سے ان کے نمویں مدد ملتی ہے طہٹ کے دوران غشاء بطن رحم  
کی سطحی تہہ کی پرتیں بھٹنے کے نتیجے میں وہاں پر ایک علانی خام ساخت بن جاتی ہے جو ورم

غشاء الرحم سوزاکی حاد کے لیے مرکز تعدیہ (NIDUS) کا کام انجام دیتی ہے۔ اور بشرہ کے تسلسل کی وجہ سے تعدیہ جلد ہی غشاء مبطن رحم سے قاذف میں منتقل ہو جاتا ہے یہ تعدیہ غشاء فحالی، غشائی فحالی کی زیریں تہہ اور قاذفین کے محصلاتی تہہ کے عمیق حصہ میں ہوتا ہے۔ تعدیہ کے نتیجے میں خارج ہونے والی رطوبت کی وجہ سے غشاء فحالی اور اس کی زیریں تہہ میں التهاب ہوتا ہے۔ کئی جگہوں پر بشرہ برباد ہو جاتا ہے۔ اگر جسم مشر مشر میں تسلسل ہو تو ورم کے نتیجے میں ہونے والا ارتشاح قاذف میں اکٹھا ہو جاتا ہے۔ لیکن جب وہ کھلا ہوا ہوتا ہے تو قحطی رطوبت جوف عانہ میں جمع ہو جاتی ہے جس کے نتیجے میں خراج بن جاتا ہے۔ جب تیج قاذف میں اکٹھا ہو کر اسے منتفع کرتی ہے تو اس کے نتیجے میں تیج القاذف حاد (ACUTE PYOSALPINX) ہوتا ہے۔ عام طور پر اس مرض کے نتیجے میں ورم باریطونی عانی کے ساتھ ساتھ قاذف چسپاں بھی ہوتا ہے۔ سوزاک کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین میں عام طور پر پورے باریطون میں ورم نہیں ہوتا لیکن اگر تیج القاذف شق ہو جائے (حالانکہ ایسا بہت ہی کم ہوتا) تو جوف باریطون پر بھی اثر پڑ سکتا ہے۔

### اسٹریٹو کا کس کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین حاد

یہ تعدیہ اسقاط یا وضع حمل کے بعد ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات عرق الرحم کی مرضی رطوبت

کی موجودگی میں ELECTRO COAGULATION CURETTAGE یا  
HYSTERO SALPINGOGRAPHY

کرنے سے بھی ایسی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

یہ تعدیہ ربالعریض کے لمفاوی غذا اور عروق دمویہ کے ذریعہ قاذف تک پہنچتا ہے۔ بعض اوقات غشاء مبطن رحم سے براہ راست بھی ہوتا ہے۔

### ESCHERICHIA COLI کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین

E. COLI کی وجہ سے قاذف میں تعدیہ بہت کم اور عموماً ایک ہی جانب ہوتا ہے چنانچہ

دائیں جانب APPENDIX سے لمفاوی غذا کے ذریعہ اور بائیں جانب

SIGMOID COLON سے تعدیہ ہوتا ہے۔

ہسٹری کے ذریعہ تعدیہ کی نوعیت کا پتہ چلتا ہے۔ چنانچہ سوزاک کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین طش سے فوراً قبل یا طش کے دوران ہوتا ہے۔ جبکہ اسٹریپٹوککسی کے نتیجے میں ہونے والا ورم استسقا، وضع حمل یا اوپر بیان کے گئے آپریشن کے بعد ایک ہفتہ کے اندر ہی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں بخار یکبارگی تیز (۱۰۳° - ۱۰۵°) ہو جاتا ہے۔ بطن میں شدت کا درد ہوتا ہے۔ جو جلد ہی بطن کے زیریں حصہ میں منتقل ہو جاتا ہے۔ بطن میں نفع ہوتا ہے۔ بعض اوقات احتباس بول بھی ہوتا ہے۔ کثرت بیضار ۱۵,۰۰۰ سے ۲۵,۰۰۰ تک بڑھ جاتے ہیں جن میں POLYMORPH

ہی کی تعداد زیادہ ہوتی ہے۔

بخار مرض کی پوری مدت تک قائم رہتا ہے۔ سمیت معمولی جی ہوسلی ہے اور شدت کے ساتھ جی بطن کا معاینہ کرنے پر زیریں حصہ میں سختی پائی جاتی ہے۔ اور جب عائد میں ورم باریطون یا CELLULITIS ہوتا ہے تو بطن کے زیریں حصہ میں ایک سخت ناہوار MASS محسوس کیا جاسکتا ہے جو بعض اوقات ناف سے بھی اوپر ہوتا ہے قرع کرنے پر DULL یا TYMPANIC ہوتا ہے۔ مہبل معاینہ کرنے پر استسقا کے بعد سونے والی عفونت کی حالت میں غرق الرحم پھیلی ہوئی اور حرکت میں ہوتی ہے۔ اطراف میں ورم ہونے کی وجہ سے رحم کو آسانی کے ساتھ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن یہ نرم پھولا ہوا اور TENDER ہوتا ہے۔

منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر سوزاک کی تعدیہ ہونے کی حالت میں مائل یا ورم غرق الرحم ہوتا ہے۔ اسٹریپٹوککسی کا تعدیہ ہونے کی حالت میں پھیلی ہوئی غرق الرحم سے بدبودار خون آمیز ترغی رطوبت بہتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔

## علامات فارقم

### ACUTE APPENDICITIS

سوزاک ورم قاذفین طش کے دوران یا اس سے قبل ہوتا ہے جبکہ اسٹریپٹوککسی کے نتیجے میں سونے والا تعدیہ وضع حمل یا استسقا کے فوراً ہی بعد ہوتا ہے لیکن APPENDICITIS میں درد اور تناؤ دائیں ILIAC FOSSA میں ہوتی ہے جبکہ ورم قاذفین میں درد اور



شاؤہلن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ دونوں جانب متورم ہونے کی صورت میں APPENDICITIS سے آسانی تفریق کی جاسکتی ہے۔

#### INFECTED OVARIAN CYST

درم قاذف میں ٹیپر پیر کا بڑھنا۔ بطن کے زیریں حصہ میں درد تناؤ اور سختی اہم علامت ہوتی ہے۔ بڑے کیسہ کو محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور چھوٹی کیسہ مہبل معاینہ کے ذریعہ محسوس کی جاسکتی ہے۔ بعض اوقات انھیں پیچاقاذف (PYOSALPINX) سمجھ لیا جاتا ہے۔ حاد عوارض اور کیسہ پر تناؤ ہونے سے پیچیدار INFECTED میسفی کیسہ کا پتہ چلتا ہے۔

#### ECTOPIC GESTATION حمل خارج از رحم

بعض اوقات دونوں کے درمیان تفریق مشکل سے ہو پاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں درد بطن کے زیریں حصہ ہی تک محدود رہتا ہے۔ کمریات بیضار (W.B.C.) کے معاینہ سے تشخیص میں کوئی خاص مدد نہیں ملتی اس لیے کہ حمل منہ بول بھی اس کی تعداد 20000 تک پہنچ جاتی ہے۔ اسی طرح E.S.R. پر بھی بھروسہ نہیں کیا جاسکتا۔ صرف ٹیپر پیر کا بڑھنا ہی کسی حد تک درم قاذفین کی مثبت علامت ہو سکتی ہے۔

#### علاج

حاد صورت میں سرجیکل ٹریٹمنٹ نقصان دہ ہے اول یہ کہ اس طرح سے مقامی تعدیہ محدود ہوتا ہے تمام پھیل کر باعث ہلاکت ہو سکتا ہے۔ دوسرے یہ کہ حاد صورت میں صرف

SALPINGO-OOPHORECTOMY یا BILATERAL SALPINGECTOMY

ہی واحد علاج ہے۔ حاد صورت میں مریض کے لیے مکمل آرام بہت ضروری ہے۔ بلکہ ٹیپر پیر ہل ہونے کے بعد بھی کچھ دنوں تک آرام کرنا چاہیے۔ درد بے خوابی، قبض، احتباس بول اور انیمیا کی حالت میں عوارض یا علاج کیا جائے۔ درد کے لیے ایسپرین یا دوسری دافع دردوائیں۔ بے خوابی کے لیے CHLORAL HYDRATE یا BARBITURATES اور

برومائیڈ کا کیمیکل قبض کے لیے ٹیکسین مہلات یا انیما، ایتھاس بول کے لیے PROSTIGMIN. یا CARBACHOL دیا جاسکتا ہے۔

نوعی علاج کے لیے (500,000 unit) PENICILLIN ہر چھ گھنٹہ

سے چند دنوں تک دیا جائے۔ اس کے علاوہ دوسرے BROAD SPECTRUM

ANTIBIOTIC بھی خوردنی طور پر یا انجکشن کے ذریعہ دئے جاسکتے ہیں۔

SULPHA DRUGS اکلانٹن کیمیکل کے ساتھ دی جاتیں E-COLI

اور خوردنی تعدیہ کے لیے STREPTOMYCIN اور دوسری

دوائیں دی جاتیں۔ ان کے ساتھ CORTICOSTEROIDS بھی استعمال

کئے جاسکتے ہیں۔ حاد صورت میں ANTIBIOTIC ہی کافی ہیں لیکن

جراثیم کے VIRULENCE یا مریضہ کی قوت مدافعت کمزور ہونے کی

حالت میں، یا تعدیہ پر کنٹرول مبیح طریقے پر نہ ہو رہا ہو تو ANTIBIOTICS

کے ساتھ ساتھ CORTICOSTEROIDS بھی دئے جاسکتے ہیں۔ ان

کے استعمال سے پتھر پھر بھی کم ہو جاتا ہے اور مریضہ کی حالت میں سدھار بھی بڑی تیزی کے

ساتھ ہوتا ہے۔

ACUTE TOXAMIA کی حالت میں HYDROCORTISONE HEMI

5% (250-300mg) -SUCCINATE گلوکوکورٹیسول میں ملا کر وریدی قطروں کی

فہل میں دیا جائے پھر ابتدائی دو دنوں تک PREDNISOLONE (5mg)

ہر چار گھنٹہ سے دیا جائے اور اس کے بعد اس کی خوراک بتدریج کم کرتے جاتیں اور تعدیہ کنٹرول

ہونے کے ایک ہفتہ کے بعد PREDNISOLONE دینا بند کر دیا جائے۔

ورم قاذفین مزمن CHRONIC SALPINGITIS

اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ پہلی قسم میں قاذف دیہر ہو جاتے ہیں۔

## HYDROSALPINX

یہ دراصل تیغ القاذو (PYOSALPINX) ہی کا آخری نتیجہ ہے جو عوارض کی شدت کے بغیر بھی ایک عرصہ تک باقی رہتا ہے یہاں تک کہ رطوبت کا مٹی جزا ہے آہستہ جذب ہو جاتا ہے۔ اور مصلی سیال (SEROUS FLUID) ہی باقی بچتا ہے HYDROSALPINX اور قاذو سوزا کی کے نتیجے میں ہوتا ہے ایسی حالت میں قاذو کی دیواریں پتلی، نیم شفاف اور مصلی سیال سے پر ہوتی ہیں۔ اس کا باہری حصہ کھٹکھٹا اور نمایاں طور پر منتفخ ہوتا ہے۔ اور اندرونی نصف حصہ سیدھا ہوتا ہے۔ اور اس میں معمولی سانفخ ہوتا ہے۔ اس کا سائز مختلف ہو سکتا ہے۔ چنانچہ BILATERAL-HYDROSALPINX



HYDROSAL PINX ۲۵

میں یہ غیر مساوی ہوتا ہے۔ قاذو کے مشر مشر کناروں کے ذریعہ مبیض بھی متاثر ہوتی ہے جس کے نتیجے میں کیڑہ قاذو مبیضی (TUBO-OVARIAN CYST) بنتی ہے۔ عام طور پر HYDROSALPINX کسی باریک ساخت کے ذریعہ اطراف کی ساخت سے چسپاں ہوتا ہے جس کے نتیجے میں اس کی حرکت محدود ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات ایسا نہیں بھی ہوتا۔

بعض اوقات باہری منتفخ حصہ کے خمیدہ اور پھپھیدہ ہونے کے نتیجے میں سیال میں خون کی آمیزش بھی ہو جاتی ہے۔

## عوارض و علامات

اس کی علامتیں زیادہ نمایاں نہیں ہوتیں یہاں تک کہ بعض اوقات تو ایسا بھی ہوتا ہے کہ عقر کی تشخیص کے دوران یکبارگی اس کا پتہ چلتا ہے۔

بطنی معاینہ کرنے پر عموماً اسے محسوس نہیں کیا جاسکتا لیکن بعض اوقات یہ بطن کے زیریں حصے میں کسی سلعہ (CYSTIC TUMOUR) کی مانند محسوس کی جاسکتی ہے۔ اس پر اکثر بیضی کیسہ (OVARIAN CYST) کا دھوکہ ہوتا ہے، پہلی معاینہ

کرنے پر رحم کی سائز تو نارمل ہوتی ہے لیکن وہ سامنے یا پیچھے کی جانب خمیدہ ہوتا ہے کسی سلعہ خلعی FORNIX کے جابی حصہ میں محسوس کی جاسکتی ہے جو بعض اوقات پھیل ہوئی ورنہ زیادہ تر گلوب کی مانند ہوتی ہیں۔ HYDROSALPINX اِستِصال کے ذریعہ چسپاں ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔

دونوں جانب کیسہ کی مانند FIX MASS کی موجودگی HYDROSALPINX یا کیسہ قاذفی بیضی پر دلالت کرتی ہے۔

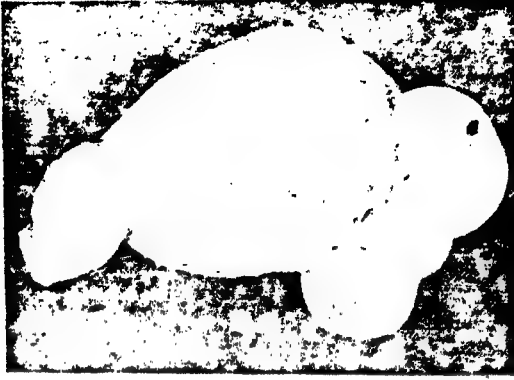
## علاج

EXPLORATORY LAPAROTOMY کرنا چاہئے۔ جب قاذف بہت زیادہ منتفخ ہوں تو BILATERAL SALPINGECTOMY ضروری ہے اگر صرف AMPULLARY کنارے ہی متاثر ہوئے ہیں تو TERMINAL SALPINGE-CTOMY ہی کافی ہے۔

## تقیق قاذف مزمن

CHRONIC SUPPURATIVE SALPINGITIS

اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ پہلی قسم میں قاذف دبیز ہو جاتے ہیں اور اس کا LUMEN



BILATERAL PYOSALPINX

۶۷

تج سے بھرا ہوا ہوتا ہے جسے قلعہ قاذف مزمن کہتے ہیں۔ دونوں جانب ہونے والے یہ MASSES  
عائہ کی ساخت اور رحم سے چسپاں ہونے ہیں۔

دوسری قسم میں قاذف کی دیواروں میں FIBROSIS ہوتا ہے لیکن  
LUMEN تج سے بھرا ہوا نہیں ہوتا۔ اے۔ CHRONIC INTERSTI-

TIAL SALPINGITIS - بھی کہا جاتا ہے۔ اس قسم میں دہارت

تو نمایاں طور پر ہوتی ہے لیکن LUMEN پھیلتا نہیں ہے۔ مشر مشر کے آخری  
سرے بند ہوتے ہیں۔ اگر کھلے ہوتے ہیں تو بھی دوم بار یطون قاذفی (PERIS-

ALPINGITIS) کی وجہ سے گھرے ہوتے ہوتے ہیں۔ قاذف کی دیواروں کی دہارت  
بھی غیر منظم طریقے پر ہو کر کرتی ہے۔ خصوصاً نصف اندرونی حصہ میں یہ کیفیت زیادہ پائی جاتی ہے

اس گروہ دار قاذف کو SALPINGITIS ISTHMICA NODOSA  
کہتے ہیں۔

## عوارض و علامات

اسقاط نفاس یا سوزا کی تعدیہ کی ہسٹری ہوگی۔ اگر شادی کے فوراً بعد ہی یہ مرض ہو تو عام

طور پر سوزا کی تعدیہ ہی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ عوارض کی شدت ہوتی ہے عائہ کی دیگر  
ساخت سے اتصال کی وجہ سے عورت ہمیشہ بیمار رہا کرتی ہے وجع الظہر اسہال اور  
ہوتا ہے کثرت طہت عام طور پر ہوتا ہے۔ ابتدائی DYSpareunia

یا ثانوی عقر ہوتا ہے

LATENT INFECTION کی حالت میں تھوڑے تھوڑے وقفے

بطن میں TENDERNESS سختی اور شدید درد کے ساتھ پتھر پڑھ جایا کرتا ہے۔

تفصیلات میں TENDERNESS بطن کے زیریں حصہ میں ہوا کرتی ہے لیکن متورم MASS شاذ ہی محسوس کے جا سکتے ہیں۔ عوارض کی شدت کے دوران ہسبل معائنہ ہمیشہ تکلیف دہ ہوا کرتا ہے۔ عنق الرحم جزوی یا مکمل طور پر غیر متحرک ہوتی ہے اور رحم عام طور پر پیچھے کی جانب خمیدہ (RETROVERTED) ہوتا ہے۔ لیکن اگر قاذف میں ہونے والے POUCH OF DOUGLAS' MASS میں ہوں تو رحم سامنے کی جانب بھی خمیدہ (ANTEVERTED) ہو سکتا ہے۔ رحم کی سائز اور کتناہوں کا ارد گرد کے درم کی وجہ سے تعین نہیں کیا جاسکتا۔ متورم MASS کے سرے غیر متعین، سطح نا ہموار ہوتی ہے اور وہ سخت ہوتے ہیں۔ اور رحم وارد گرد کی ساخت سے چپا ہوتے ہیں۔

## علامات فارقہ

تفصیلات میں اور رحم میں ہونے والے MULTIPLE FIBROMYOMATA

وجع انظر مزمن اور بطن میں تکلیف کا احساس اور اس کے ساتھ درد حاد اور اس کی زیادتی، تعدیہ کی علامت ہوا کرتی ہے۔ رحم کے اطراف میں دونوں جانب ہونے والا متورم MULTIPLE FIBROMYOMATA MASS ہی کی مانند

ہوتا ہے۔ لیکن تفصیلات میں اس کے غیر متحرک ہونے اور غیر پیچیدہ۔ FIBRO-MYOMATOUS UTERUS کے متحرک ہونے کی وجہ سے دونوں کے

درمیان تفریق آسانی ہو جاتی ہے۔

## تفح القاذف اور (CHOCOLATE-CYST) OVARIAN ENDOMETRIOSIS

ان دونوں کے درمیان تفریق ذرا مشکل سے ہو پاتی ہے کیونکہ دونوں ہی میں وضع الطہر مزمن اور بطن میں تکلیف ہوتی ہے۔ لیکن بخار کے ساتھ ساتھ بطن میں شدید درد کا بار بار ہونا تفح القاذف مزمن کے ہونے کی علامت ہوتی ہے۔ اور اگر شدید قسم کا تدریج بڑھنے والا عسر طٹ ہو تو اس سے PELVIC ENDOMETRIOSIS کا پتہ چلتا ہے۔ مہل میں بانی جانے والی علامتیں دونوں یکساں ہوتی ہیں۔

## تفح القاذف اور حمل منبذ

دونوں کے درمیان تفریق کے لیے مکمل ہسٹری معلوم کرنا ضروری ہے۔ کیونکہ وضع الطہر مزمن اور بطن میں تکلیف کا ایک عرصہ تک باقی رہنا درم کی دلیل ہوا کرتا ہے۔ جبکہ اجناس طٹ، غیر منظم مہلی جریان دم عامہ میں درد اور قحی کے دوروں سے حمل منبذ کی تشخیص آسانی ہو جاتی ہے۔

## تفح القاذف اور درم قاذفین و مبیض مزمن

(CHRONIC - SALPINGO OOPHORITIS) (PYOSAL PINX)

غیر محرک اور پیچھے کی جانب خمیدہ (RETROVERTED) درم جس کے ساتھ قاذف بھی دبیز ہو گئے ہوں درم قاذفین و مبیض و مزمن کی تشخیص آسانی ہو جاتی ہے لیکن ENDOMETRIOSIS ہونے کی حالت میں اس کی تشخیص ذرا مشکل سے ہو پاتی ہے۔ پھر بھی ہسٹری سے کافی مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ وضع الطہر مزمن اور بطن تکلیف دونوں میں موجود ہوتی ہیں لیکن ان تکلیف کے بار بار ہونے کی وجہ سے درم کا پتہ چلتا ہے۔ عسر طٹ ہونے کی حالت میں ENDOMETRIOSIS کی تشخیص آسانی ہو جاتی ہے۔

## علاج

مرض مزمن ہو جانے کی حالت میں CHEMOTHERAPY کے ساتھ  
 SUB-ACUTE INFECTION (جے جے این) ANTIBIOTICS  
 میں CORTICOSTEROIDS دے جائیں۔ اگر دواؤں سے آرام نہ ہوتا  
 ہو تو BILATERAL SALPINGECTOMY یا OOPHORECTOMY  
 کرنی چاہیے۔ اگر کثرت طمث یا METRORRHOEA ہو تو  
 Hysterectomy کرنی چاہئے

## ورم اتصالات رحمی (PARAMETRITIS (PELVIC CELLULITIS)

رابطہ عریض کے CELLULAR TISSUES کے ورم کو  
 PARAMETRITIS کہا جاتا ہے۔ یہ تعدیہ عام طور پر وضع حمل کے دوران ہونے والی  
 گرنڈ میں تعدیہ ہونے کے نتیجے میں رابطہ عریض تک پہنچتا ہے۔ جو یا تو اسی حصہ تک محدود  
 رہتا ہے یا پھیلاؤی غذا اور CELLULAR TISSUES کے ذریعہ عام سے  
 باہر بھی پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات اسقاط کرانے کے نتیجے میں شدید قسم کا  
 PELVIC CELLULITIS ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ آپریشن کے بعد  
 یا عنق الرحم کے ELECTRO COAGULATION (عنق الرحم میں مرضی رطوبت ہونے  
 کی حالت میں)۔ رحم کے انشقاق کے بعد اتصالات رحمی میں محون کے آجانے کے نتیجے میں یا  
 عمل متبذ کے نتیجے میں بھی CELLULITIS ہو سکتا ہے۔

## علامات و عوارض

قشریہ کے ساتھ یا اس کے بغیر بخار ہوتا ہے۔ نفاسی مریضہ میں پہلے ہفتہ کے دوران ہلکا  
 بخار ہوتا ہے جو بعد میں بہت تیز ہو جاتا ہے۔ بطن کے زیریں حصہ میں درد، عسر، لول، ٹھوکنہ لگنا۔  
 اور سردی کے ساتھ دوسرے مکی عوارض بھی ہوتے ہیں۔ ابتدائی چند دنوں تک بطن کے  
 زیریں حصہ میں صرف TENDERNESS کے ساتھ



معمولی سختی ہوتی ہے۔ اگر درم (CELLULITIS) میں زیادتی ہوتی ہے تو ایک ٹھس، غیر متحرک، سخت MASS بطن کے ایک یا دونوں جانب محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جس کی سائز اور سرے غیر متعین ہوتے ہیں

PELVIC CELLULITIS کے پھیلنے کی وجہ سے بعض عورتوں کے کوٹھے اور رانوں کے درمیان التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔

دوسری معاینہ کرنے پر عنق الرحم یا مجراب ہبل (VAGINAL VAULT) میں اشتقاق پایا جاتا ہے۔ عنق الرحم جزوی طور پر غیر متحرک ہوتی ہے۔ اور حرکت دینے پر اس میں 'TENDERNESS' پائی جاتی ہے۔ رحم جانب میں ہٹا ہوا بھی ہو سکتا ہے اور نہیں۔ ایک یا دونوں جانب کے FORNICES میں غیر واضح سختی اور غیر متحرک TENDERNESS محسوس کی جاسکتی ہے۔ رباط عریض کی سختی اور اس کا پشت کی جانب بڑھنا مقعدی معاینہ کے ذریعہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اگر علاج کے بعد بھی ٹیٹریسز درد اور TENDERNESS باقی رہے اور کریات بیضہ کی تعداد میں اضافہ ہوتا رہے تو خراج کے امکانات ہوتے ہیں۔ تعدید شروع ہونے سے قمع بننے تک کا وقفہ ۲ سے ۶ ہفتہ کا ہوتا ہے۔

## علاج

حفظ ماتقدم کے طور پر عنق الرحم اور مجراب ہبل کے اشتقاق کی خیاطت کی جائے۔ بہترین ہے کہ CELLULITIS میں مبتلا مریضہ کو اسپتال منتقل کر دیا جائے ان کے لیے مکمل آرام ANTIBIOTICS کا استعمال اور DOUCH کے ذریعہ عنق الرحم کے ذریعہ وہبل کی صفائی ضروری ہے اس کے ساتھ ساتھ GLYCERINE ACRYFLAVIN بھی ہبل میں ڈالا جائے اور CORTISONE بھی دینا چاہیے۔ درد کے لیے ANALGESIC اور نیند کے لیے PETHIDINE (۱۰۰mg) یا PHENOBARB دیا جائے اگر ٹیٹریسز مسلسل قائم رہے تو بار بار معاینہ اور کریات بیضہ کی جانچ ضروری ہے۔ تاکہ خراج کے نئے کے بارے میں معلوم ہو سکے۔ جب تعدید ختم ہو جائے تو PHYSIOTHERAPY کریں۔

## وزم باریطون عانی (PERIMETRITIS) PELVIC PERITONITIS

یہ تعدید حاد یا مزمن ہو سکتا ہے۔ اور عام طور پر اعضاء تناسل کے تعدید کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن اس کے علاوہ دوسرے بطنی اعضاء کے تعدید خصوصاً APPENDICITIS

اور SIGMOID COLON کے DIVERTICULITIS کے نتیجے میں بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات آپریشن کے بعد ہونے والی پیچیدگیوں کے نتیجے میں بھی یہ تعدید ہو سکتا ہے اس کے علاوہ TWISTED OVARIAN CYST یا TWISTED FIBROMYOMA PELVIC ENDOMETRIOSIS کے نتیجے میں بھی ثانوی تعدید ہوتا ہے۔ PELVIC HEMATOCELE

## عفونت بعد اسقاط

ورم باریطون عانی خواہ حاد ہو یا مزمن عموماً اس کا سبب اسقاط کے بعد ہونے والی عفونت ہی ہو ا کرتی ہے جو اکثر و بیشتر مخرمانہ اسقاط کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

## نفاسی تعدید :

ان عورتوں میں جن کی وضع حمل سے قبل اور وضع حمل کے دوران صحیح طریقہ پر حفاظت نہیں کی جاتی، اس تعدید کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں تعدید صرف جوف باریطون ہی تک محدود نہیں رہتا۔ اور باعث ہلاکت بنتا ہے

## آپریشن کے بعد ہونے والا تعدید

مکمل VAGINAL HYSTERECTOMY یا ABDOMINAL

کے بعد جرمی ہسپل میں جراثیم کے نتیجے میں ہونے والے ورم باریطون عانی میں تعدید کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ کسی آپریشن کے دوران آنتوں یا قولون میں ہونے والے زخم کے نتیجے میں بھی تعدید ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات علق الرحم کی مرضی رطوبت کی موجودگی میں اگر توسع، CURETTAGE یا قاذف میں INSUFFLATION کیا جائے تو اس کے نتیجے

میں بھی ورم باریطون عانی ہو سکتا ہے۔

## F.B کے نتیجے میں رحم اور مہبل میں ہونے والی تشقیب

جب کسی غیر عفونی آپریشن کے دوران کسی CURETTAGE یا DILATOR کی وجہ سے رحم میں تشقیب ہو جاتی ہے تو ورم باریطون بہت ہی کم ہوتا ہے۔ لیکن جب کسی F.B. کی وجہ سے رحم یا مہبل کے حلقی FORNIX میں تشقیب ہوتی ہے تو اس کے نتیجے میں مقامی یا عمومی ورم باریطون ہوتا ہے۔

## سوزاک

جراثیم تناسل میں سوزاک کی تعدیہ ہونے کے نتیجے میں بھی ورم باریطون عانی ہو سکتا ہے

## PELVIC ENDOMETRIOSIS

OVARIAN ENDOMETRIOSIS عموماً دونوں جانب ہوتا ہے۔ اور  
ENDOMETRIAL CYST کی تشقیب کے نتیجے میں خون کے رسے کے  
کے ساتھ PELVIC PERITONITIS ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں  
اقصال (ADHESION) بہت ہی گہرا ہوتا ہے۔

## سلعہ دموی عانی

اسے حل متبذ کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

## APPENDICITIS

بعض اوقات اس مرض کے نتیجے میں بھی جادادہ مزمن ورم باریطون عانی ہوتا ہے۔

## عوارض و علامات

ملاصورت میں مرض کی ابتدا بطن کے زیریں حصہ میں شدید درد کے ساتھ تھے نفخ

اور بعض اوقات احتباس بول سے ہوتی ہے۔ ٹیتر پھر قشر سر پہ کے ساتھ یا اس کے بغیر تیز ہو جاتا ہے۔ بعض کی رفتار ٹیتر پھر کی مناسبت سے تیز ہوتی ہے۔ عموماً ایک ہفتہ میں یہ صورت ختم ہو جاتی ہے۔ لیکن قاذنی رحمی APPENDICULAR یا عانی خراج بن جانے کی صورت میں باقی رہتی ہے۔ بطن کا زیریں حصہ TENDER اور سخت ہوتا ہے اور تقرع کرنے پر آواز TYMPANITIC ہوتی ہے اگر بطن میں کوئی MASS ہوتا ہے تو وہ TENDER پھیلا ہوا اور سخت ہوتا ہے۔ مہلی معاینہ سے کیفیت کا کوئی اندازہ نہیں لگایا جاسکتا ہے۔ کیونکہ پوبے مہلی FORNIX میں TENDERNESS ہونے کے نتیجے میں اور عنق الرحم کی حرکت تکلیف دہ ہونے کی وجہ سے رحم جو درم کے نتیجے میں ہونے والے ارتشاح سے گھرا ہوا ہوتا ہے شاذ ہی محسوس کیا جاتا ہے۔ جلاخی اور خلفی FORNIX بھرا ہوا ہوتا ہے۔ عانہ میں خراج بن جانے کی صورت میں خلفی FORNIX سطحی ہو کر سائنے کی جانب ابھرتا ہے۔ رحم سائنے کی جانب کھینچ آنے کی وجہ سے عنق الرحم کا مہلی حصہ حام عانی کے پیچھے محسوس کیا جاتا ہے۔

### علاج PELVIC HAEMATOCELE ' ACUTE APPENDICITIS :-

اور PELVIC TUMOUR کی حالت میں سرجیکل ٹیٹیمینٹ ضروری ہے۔ لیکن ورم قاذف حاد میں مناسب علاج کیا جاتے۔ خراج عانہ کی صورت میں POSTERIOR COLPOTOMY کرنی چاہیے۔ ورم قاذف مزمن میں جبکہ تعدیہ کی صورت ختم ہو گئی ہو صرف ٹیوب میں دبازت اور رحم کا اتصال باقی رہ گیا ہو تو پھر PHYSIOTHERAPY کرنی چاہیے۔

### خراج عانہ PELVIC ABSCESS

ورم باریطون عانی اور ورم اتصالات رحمی کی بہ نسبت یہ مرض کم ہوتا ہے۔ اور ANTIBIOTICS کے استعمال کے نتیجے میں اس کے اہستگانات اور بھی کم ہو گئے ہیں۔

خراج عانہ یا تو درون باریطون ہوتا ہے یا باریطون کے باہر اس کے اسباب وہی ہیں۔  
جو درم باریطون عانی اور درم اتصالات رحمی میں بیان کے کئے ہیں۔

## علامات و عوارض

ابتداء میں علامات و عوارض عانہ میں ہونے والے تعدیہ ہی کی مانند ہوتے ہیں لیکن  
CORTISONE اور ANTIBIOTIC کے استعمال کے باوجود بھی بڑھتی چر روز آنہ  
بڑھتا جاتا ہے۔ آہستہ آہستہ کریات بیضہ کی تعداد بھی بڑھتی جاتی ہے۔ خراج بن جانے پر  
عسر بول یا احتباس بول ہو جایا کرتا ہے۔ بعض عورتوں میں مقعد کی قدانی دیوار پر دباؤ  
پڑنے کی وجہ سے RECTAL TENESMUS بھی ہوتا ہے۔

بطنی معاینہ کرنے پر ایک TENDER اور غیر نمایاں درم بطن کے  
زیریں حصے میں محسوس کیا جاسکتا ہے جو بڑھتے بڑھتے بعض اوقات ناف تک پہنچ جاتا ہے  
مہلی معاینہ کرنے پر عنق الرحم بہت دقت سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ خلفی FORNIX  
سطحی نظر آتے ہیں اور مہلی کی خلفی دیوار کا بالائی حصہ محسوس ہوتا ہے۔ رحم MASS  
کے اوپر خط مرکز میں یا کسی ایک جانب ہوتا ہے MASS کے سرے غیر  
نمایاں ہوتے ہیں۔ یہ کیسہ کی مانند ہوتے ہیں اور بہت ہما زیادہ TENDER  
ہوتے ہیں۔ مقعدی معاینہ کے ذریعہ اسے نسبتاً بہتر طریقے پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

## علاج

خراج درون باریطون چونکہ خلفی FORNIX کی جانب ہوتا ہے۔ اس  
لیے POSTERIOR COLPOTOMY ضروری ہے۔

گیارھواں باب

## درن اعضا متناسل

GENITAL TUBERCULOSIS

1882 میں ROBERT KOCH کے ذوق کے جراثیم کے بارے میں پتہ لگانے سے بہت پہلے لوگوں کے اعضا متناسل کے درنی تعدیہ کے بارے میں معلوم ہو چکا تھا کیونکہ اس سے قبل 1761 MORGAGNI میں قاذف کے CASEATION کے بارے میں اپنے مشاہدات بیان کر چکا تھا۔ اس کے بعد 1831 میں REYNAULD نے اعضا متناسل کے درنی تعدیہ کے بارے میں اپنی رائے پیش کی۔ 1897 میں ہیگر نے قاذف میں ہونے والے درنی تعدیہ کی دو قسموں کے بارے میں بتایا۔ 1883 میں ہیگر نے درنی قاذف کو عمل جراحت کے ذریعہ جسم سے نکالا، اور اسی وقت سے اس مرض کے لیے سرجیکل ٹریٹمنٹ موضوع بحث بنا ہوا ہے۔

اس مرض میں عام طور پر کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی صرف عقیم (INFERTILITY) یا طبعی تکالیف کے تقیش یا HISTOLOGICAL DIAGNOSIS کے دوران مرض کا پتہ چلتا ہے یہ مرض ۱۵ سے ۳۰ سال کے دوران زیادہ ہوتا ہے۔ اور ان میں زیادہ تر عورتیں کنواری ہی ہوتی ہیں۔ اگر شادی شدہ ہوں بھی تو بانجھ ہوتی ہیں۔ قاذف درم جسم رحم۔ عنق الرحم۔ بیض اور مہبل پر اس مرض کا اثر ہوتا ہے۔ درنی جراثیم چار طریقوں سے اعضا متناسل کو ملوث کرتے ہیں۔

۱۔ دوران خون کے ذریعہ۔

۲۔ غددمفاوی کے ذریعہ۔

۳۔ ہبل کے ذریعہ ہونے والا ASCENDING تعدیہ۔

۴۔ بطن کے درنی تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والا DESCENDING تعدیہ  
یہ دیکھا گیا ہے کہ اعضاء تناسل میں ابتدائی درنی تعدیہ کم ہی ہوتا ہے۔

## دوران خون کے ذریعہ ہونے والا تعدیہ

عام طور پر دوران خون ہی کے ذریعہ جری تناسل میں تعدیہ ہوتا ہے۔ ابتدائی LESION کے غیر فعال ہونے کے نتیجے میں اکثر مرض پتہ نہیں چلتا۔ دوران خون کے ذریعہ تعدیہ ہونے کا ایک ثبوت یہ بھی ہے کہ قاذف اور رحم کے عضلات میں پایا جانے والا درنی LESION ان اعضاء کے مرکز میں ہوتا ہے اور یہ مرکز تعدیہ صرف دوران خون ہی کے ذریعہ ہو سکتا ہے

## غددمفاوی کے ذریعہ ہونے والا تعدیہ

مفاوی عدد کے ذریعہ اعضاء تناسل کا ابتدائی تعدیہ بت ہی کم ہوتا ہے۔ اور اگر کبھی ہوتا بھی ہے تو INFECTED عدد ماساریقی کے ذریعہ۔

### ASCENDING INFECTION

یہ تعدیہ اس صورت میں ممکن ہے جبکہ TUBERCULOUS EPIDIDMITIS میں مبتلا کوئی مریض کسی صحت مند عورت سے مباشرت کرے۔ ایسی حالت میں انزال کے وقت منی کے ساتھ ساتھ درنی جراثیم بھی ہبل میں پہنچ جاتے ہیں۔

### DESCENDING INFECTION

بطن کا درنی تعدیہ مثلاً ورم ہاریطون درنی، یا ورم غددماساریقی درنی (TUBERCULO-US MESENTRIC ADENITIS) ہونے کی حالت میں مشر مشر کے ذریعہ قاذف کے ملوث ہونے کے امکانات ہوتے ہیں۔

## DATHOLOGY

فرج میں عموماً یہ مرض زخموں کی شکل میں ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ کیسے (WART) کی شکل میں بھی ہوتا ہے۔ یہ زخم جو ابتدا میں چھوٹے اور متعدد ہوتے ہیں بعد میں مل کر ایک ہو جاتے ہیں۔ یہ سلی ہوتے ہیں۔ ان کے کنارے بھورے رنگ کے ناہموار اور ناسور کی مانند ہوتے ہیں جو بعض اوقات ہبل تک پہنچ جاتے ہیں۔ زخم مرنے کے بعد ناہموار اور گہرے نشان باقی رہ جاتے ہیں۔

**HYPERTROPHIC** قسم میں مہ کی مانند ناہموار گروتھ بن جاتی ہے جو **ELEPHANTIASIS** سے مشابہہ ہوتی ہے۔ لیکن صرف انجبر کے خوردبینی معاینہ ہی کے ذریعہ اس کی صحیح تشخیص ہو پاتی ہے۔ ران کے غدد بڑھ جاتے ہیں اور ٹھوڑا ہی دنوں میں ان کی سطح پر زخم آ جاتا ہے جس میں سے **CASEOUS** رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔

ہبل کے زیریں حصہ میں درنی تعدیہ اکثر فرج کے تعدیہ کے پھیلاؤ کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ ایسی حالت میں ران کے غدد بڑھ جاتے ہیں۔ زخم فرج کے زخموں ہی کی مانند ہوتے ہیں زخم مندمل ہونے کے بعد باقی رہنے والے نشان کے نتیجے میں مجری ہبل میں تفتیق کی صورت پیدا ہو جاتی ہے **FORNICES** میں درنی تعدیہ عنق الرحم کے درنی تعدیہ کے پھیلاؤ کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ زخم عموماً فلفلی **FORNIX** میں ہوتے ہیں۔ ان کے باہری کنارے چکر دار ہوتے ہیں اور زرد رنگ کی سطح پر یگنی رنگ کے زرات کی شکل میں ہوتے ہیں۔ یہ زخم بڑھتے بڑھتے آخر میں **RECTO - VESICO - VAGINAL** یا **VAGINAL FISTULA** کا سبب بنتے ہیں

عنق الرحم کے ہبل حصہ میں درنی تعدیہ ہو سکتا ہے۔ یہ زخم جو بعض اوقات ناکل سے مشابہہ ہوتے ہیں انھیں **PROLIFERATIVE TYPE** کہا جاتا ہے۔ یہ نرم و عالی اور **FRIABLE** ہوتے ہیں۔ انھیں چھونے سے خوں نکلنے لگتا ہے۔ بعض اوقات اس پر کینسر کا بھی شک ہوتا ہے۔ لہذا دونوں کے درمیان تفریق کے لیے انجبر کا خوردبینی معاینہ بہت ضروری ہے۔



عنتی الرحم کے درنی زخم میں بھورے رنگ کی سطح ہوتی ہے۔ کنارے ٹکڑدار بعض میں ٹھس اور بعض سرنگ کی مانند ہوتے ہیں اس کی سب سے اہم علامت شدید قسم کا سیلان ہے جو عام طور پر ثانوی تعدیہ کی وجہ سے بدبودار ہوتا ہے۔

عضلات رحم نسبت غشاء مبطن رحم میں درنی تعدیہ کم ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ دیکھا گیا ہے کہ رحم ظاہری طور پر طبعی ہوتا ہے۔ لیکن قطع الرحم ہونے کی حالت میں بڑھا ہوا بھی ہو سکتا ہے۔

غشاء مبطن رحم دیکھنے میں عموماً نارمل ہی نظر آتی ہے لیکن بعض اوقات CORNUAL

REGION پر چھوٹے چھوٹے زردی مائل زخم ہوتے ہیں۔ مرض کی

شدت کی حالت میں زخم اور CASEATION کے نتیجے میں جوف رحم بھی بڑھ جاتا ہے۔



۲۷۔ درن رحم دفاذین

اگرچہ عضلات رحم میں درنی تعدیہ بہت ہی کم ہوتا ہے لیکن درنی تعدیہ ہونے کی حالت میں عضلاتی ریشوں کے درمیان مختلف سائز کے CASEOUS ایریا بن جاتے ہیں۔ رحم کی دیوار میں دبیز ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات درنی زخم باریطون کی ہتہ تک پہنچ جاتے ہیں۔

HAEMATOGEOUS

قاذبین میں درنی تعدیہ عموماً

ہوتا ہے۔ جس کا ابتدائی مرکز کہیں اور ہوتا ہے۔ لیکن بعض اوقات غدما ساریقی میں

## INFECTED SACRO ILIAC JOINT

ہونے والے زخم یا

سے چسپاں ہونے والے مشرشر کے آخری سروں سے بھی جوتا ہے عام طور پر اس کے ساتھ ساتھ عانہ یا بطن کا باریطون بھی ملوث ہوتا ہے۔ اس تعدیہ میں بھورے مائل سفید رنگ کے درنی جراثیم قاذف کی باریطونی سطح۔ رحم، مثانہ، مقعد اور اکثر باریطون کی تہہ اور چھوٹی آنتوں پر پائے جاتے ہیں۔ یہ تعدیہ صرف باریطونی سطح ہی تک محدود رہتا ہے۔ عضلی اور مخاطی سطح پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس لیے اسے ورم قاذفین درنی نہیں کہا جاسکتا۔

ورم قاذفین درنی کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ارتشاتی (EXUDATIVE) اور انسائی (ADHESIVE) ارتشاتی قسم میں قاذف متغیخ اور سرخ ہوتے ہیں۔ باریطون سطح میں TUBERCLES ہو بھی سکتے ہیں اور نہیں بھی اس قسم کے تغیر قاذف مزمن میں چند باریک آسان (ADHESION) ہوتے ہیں جنہیں آپریشن کے ذریعہ آسانی نکالا جاسکتا ہے ان کا تراشہ (SECTION) کرنے پر LUMEN میں CASEOUS رطوبت بھری ہوئی ملتی ہے اور دیولول میں دانہ دار ساخت یا زخم پائے جاتے ہیں۔

انسائی قسم میں قاذف دبیر سخت اور گرہ دار ہوتے ہیں LUMEN میں بہت معمولی سانفخ ہوتا ہے FIMBRIAL OSTIUM بعض اوقات کھلے ہوئے ہوتے ہیں لیکن قاذف کے LUMEN مسدود ہوتے ہیں خواہ جزوی طور پر ہوں یا مکمل۔ ان کا SECTION کرنے پر کانٹیں ملتی ہیں جن میں CASEOUS رطوبت بھری ہوئی ہوتی ہے۔ اطراف کی ساخت سے شدید قسم کا ADHESION اس قسم کی خاص علامت ہوا کرتی ہے۔

مببض میں درنی تعدیہ عموماً کم ہی ہوتا ہے۔ دراصل یہ ورم جوارات مببض کی ہی ایک شکل ہے جو ورم قاذف درنی کے ساتھ ہوا کرتی ہے۔ جس میں مببض کے خاص حصہ پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اوقات دوران خون کے ذریعہ ہونے والے تعدیہ کے نتیجے میں مببض پر بھی اثر پڑتا ہے جس کے نتیجے میں مببض بڑھ جاتے ہیں یا برباد ہو جاتے ہیں۔ ان میں CASEATION اور خراج کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔

## تشخیص

اس مرض کی تشخیص چند جہزیل طریقوں سے کی جاسکتی ہے۔

1. BACTERIOLOGICAL EXAMINATION
2. GUINEA-PIG INOCULATION
3. HISTOLOGICAL EXAMINATION
4. HYSTEROSALPINGOGRAPHY

## علامات و عوارض

### عقم

مجرى تناسل میں ہونے والے درنی تعدیہ کی تشخیص عموماً عقم کے دوران ہو آ کرتی ہے۔

### طشی عوارض

اس مرض میں مبتلا زیادہ تر عورتیں احتباس طمث میں بھی مبتلا ہوتی ہیں جو عام طور پر  
 ثانیہ ہی ہوتا ہے۔ ورم قاذقین درنی کی حالت میں  
 اور METRORRHAGIA دونوں ہی ہوتا ہے۔  
 MENURRHAGIA

### وجع البطن

بطن میں درد صرف ورم قاذقین مبیض درنی ہی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن ورم غشاء بطن  
 رحم میں کوئی خاص علامت نہیں ہوتی۔

## سیلان ہسپتال

درن عنق الرحم میں قیسی، خاالی یا صرف قیسی ربطت خارج ہوتی ہے۔ تیج الرحم درنی ہونے کی حالت میں تیج بھی خارج ہوتی ہے۔

## علامات

کسی کنواری یا باغچہ عورت میں دونوں جانب کے متورم ADRENAL MASS کی موجودگی کی حالت میں درنی تعدیہ کے امکانات ہوتے ہیں۔ اسی طرح عنق الرحم کے زخم یا ناکل کی حالت میں بھی درنی تعدیہ کے امکانات ہوتے ہیں بعض اوقات درن عنق الرحم کی تشخیص کسی ناکل کے مندرمل نہ ہونے یا ELECTRO COAGULATION کے بعد اس کے اور بھی خراب ہو جانے سے بھی ہو جاتی ہے۔

## علاج

ISONIAZID یا P.A.S. اور STREPTOMYCIN روزانہ بارہ ہفتہ تک دیا جائے۔ یا P.A.S. اور ISONIAZID ایک ساتھ روزانہ ۶ سے ۹ مہینے تک دیا جائے۔

## حمل اور درنی تعدیہ

CHEMOTHERAPEUTIC دواؤں کی ایجاد سے قبل درن اعضا متنازل کی حالت میں استقرار حمل کے امکانات بہت کم ہوتے تھے لیکن دافع درن دوائیں اور CARTISONE کے استعمال کے نتیجے میں اب یہ صورت ختم ہو چکی ہے۔ بہر حال مرض کی شدت کی صورت میں استقرار حمل کے امکانات بہت کم ہوتے ہیں۔ درن اعضا متنازل کے علاج کے بعد اگر استقرار حمل ہو تو اکثر اسقاط ہو جایا کرتا ہے یا حمل متنبذ ہوتا ہے۔ قاذوف اور مہیض کے درنی تعدیہ کی حالت میں اکثر سرجیکل ٹریٹمنٹ کی ضرورت پڑتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں تیج القاذوف، تیج الرحم URINARY- FISTULAE یا FAECAL بھی ہو جاتا ہے

بارھواں باب

# امراض جماعی

(VENEREAL DISEASES)

## سوزاک

GONORRHOEA

یوں تو سوزاک کے بارے میں صدیوں قبل از مسیح لوگوں کو معلومات حاصل ہو چکی تھیں لیکن سب سے پہلے چینی طریحہ اور اس کے بعد مصر کے طبی طریحہ میں اس کے بارے میں بیان کیا گیا ہے۔ جالینوس نے دوسری صدی عیسوی میں اسے GONORRHOEA کے نام سے موسوم کیا۔ اس کے بعد سسرت نے بھی چھٹی صدی میں اپنی تصنیف میں اس کا تذکرہ کیا۔ دسویں صدی کے عربی طریحہ میں بھی اس کا ذکر ملتا ہے۔ پندرھویں صدی میں سوزاک کے نتیجے میں ہونے والے اعضاء بول کے اٹلی کے طبیب نے سب سے پہلے 'SOUND' استعمال کیا۔ سولہویں صدی میں جب آتشک کا مرض پھیلا تو یہ خیال کیا جانے لگا کہ سوزاک آتشک ہی کی ایک علامت ہے۔ چنانچہ ۱۷۶۷ تک خود JOHN HUNTER کا بھی یہی خیال تھا۔ لیکن اٹھارھویں صدی میں اس کے بارے میں مزید تحقیقات کی گئیں اور ۱۸۷۹ میں NEISSER نے مجری بول کی رطوبت کا معائنہ کر کے DIPLOCOCCUS کا پتہ لگایا۔

سوزاک ایک نوئی تعدیہ ہے جو GONOCOCCUS کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا اثر سب سے پہلے مجری بول اور مجری تناسل پر ہوتا ہے۔ عورتوں میں اس کا اثر مجری بول اور مہبل کے علاوہ غدہ بارٹولین۔ عنق الرحم۔ رحم۔ قاذغین اور باریطون عانی

پر بھی ہوتا ہے خون میں ہراثیم کی موجودگی اور SEPTICHEMIA کے نتیجے میں مختلف قسم کی پیچیدگیاں جیسے Iritis اور IRITIS درم مفاصل اور بعض اوقات ذات الریہ شمی ورم عضلات قلب اور ورم سمایا (MENINGITIS) بھی ہوتا ہے بعض اوقات ANAL COITUS کے نتیجے میں مقعد میں بھی تعدیہ پایا جاتا ہے بچہوں میں اس مرض کا تعدیہ والدین جو اس مرض میں مبتلا ہوں یا کپڑوں پر لگی ہوئی تازہ رطوبت کے ذریعہ ہوتا ہے۔ تو زائیدہ بچوں کی آنکھیں وضع حمل کے دوران ہی ملوث ہو جاتی ہیں۔

## ۲. PATHOLOGY

یہ GRAM-NEGATIVE INTRACELLULAR DIPLOCOCCUS ہیں جو جوڑے اور عموماً گروپ کی شکل میں ہوتے ہیں۔ چنانچہ قیمی خلیات میں یہ متعدد گروپ کی شکل میں نظر آتے ہیں یہ گروہ کی شکل کے ہوتے ہیں اور ان کی محدب سطح آئینے سامنے ہوتی ہے سوزاک حاد یا حاد قسم کی پیچیدگیوں کی حالت میں یہ بآسانی پائے جاتے ہیں لیکن سوزاک مزمن میں بہت مشکل سے ملتے ہیں۔ سوزاک مزمن کی حالت میں بہتر یہی ہے کہ طمٹ کے آخری دنوں میں SPECIMEN لیا جائے۔

## مریضہ کا معائنہ

مریضہ کے معائنہ سے قبل اس کی ہسٹری معلوم کرنا بہت ضروری ہے مریضہ کا معائنہ: LITHOTOMY POSITION میں کرنا چاہیے۔ مجری بول، SKENE GLAND کے منفذ، شفران صغیر و کبیر، غدہ بارٹولین اور اس کے مجری اور منفذ مہبل کی کیفیت معلوم کرنا چاہیے۔ فرج پر ہونے والے تازہ یا مندمل زخموں کے نشان کے بارے میں بھی معلوم کیا جانا چاہیے۔ سوزاک حاد میں مجری بول سرخ و متورم، اور اس کی غشاء مخاطی باہر کی جانب مڑی ہوئی ہوتی ہے۔ مہبل میں ایک انٹلی داخل کر کے مجری بول کی آہستہ سے مالش کی جائے۔ اور خارج ہونے والی رطوبت کو جانچ کرنے کے لیے لیا جائے۔ اس کے بعد انگوٹے اور سبابہ کی مدد سے غدہ بارٹولین کو محسوس کیا جائے۔ ورم بارٹولین حاد کی حالت

میں اس جانب کا شفر متورم سرخ اور TENDER ہوتا ہے۔ منفذ مجری متورم اور سرخ ہوتا ہے۔ اگر یہ درم و سرخی کم و زیادہ ہوتی رہتی ہے تو اس سے فرج بارٹلین کا پتہ چلتا ہے۔ اس کے بعد ایک منظر مہبل میں داخل کرنے کے بعد مہبل اور عنق الرحم کی رطوبت کو صاف کیا جائے۔ حادثہ صورت میں عنق الرحم میں اجتماع دم اور التهاب ہوتا ہے اور ناکل کے کبھی امکانات ہوتے ہیں۔ اگر ناکل ہو تو عنق الرحم سے خارج ہونے والی رطوبت کا خوردبینی معائنہ اور CULTURE کلچر کرنا چاہیے۔

اس مرض کی مدت حضانت (INCUBATION PERIOD) ۷-۱۰ دن ہے۔ حادثہ یہ ہونے کی حالت میں عمر لول اور سلسل البول کی شکایت ہوتی ہے۔ مہبل سے قہمی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ فرج اور رانوں میں اکثر خارش ہوتی ہے۔

## علاج

اگر رطوبت کا اخراج شدت کے ساتھ ہو اور عنق الرحم میں درم حادثہ ہوا تو کل ہو تو پوٹیشیم پرمینگنیٹ (1/10,000) سے پچکاری کریں SULPHONAMIDES خاص طور پر ان حالات میں استعمال کیے جائیں جبکہ آئفک کے کبھی امکانات ہوں۔ اس مقصد کے لیے SULPHA DIAZINE اور SULPHATHIAZOLE استعمال کیا جاسکتا ہے۔ حادثہ صورت میں ۱ gm ہر چھ گھنٹہ سے چھ دن تک دیا جائے۔ CRYSTALURIA سے بچنے کے لیے ہر ۵ لیٹر سیال روزانہ پلایا جائے۔ اور اس کے ساتھ ساتھ DIHYDROSTREPTOMYCIN (۱ gm) روزانہ تین دن تک دیا جائے۔ INJ. PROCAINE PENICILLIN ہر چھ گھنٹہ سے تین چار دن تک دیا جائے۔ یا AMPICILLIN (2 gm) کی ایک خوراک دی جائے۔ اس کے علاوہ KANAMYCIN اور VIBRAMYCIN بھی دیا جاسکتا ہے۔

غانہ میں ہونے والے تعدیہ کے لیے INT. BENZYL PENICILLIN ۳ دن تک، اور اس کے بعد PROCAINE PENICILLIN روزانہ ۷ دن تک دیا جائے۔

اگر ان دواؤں کے ساتھ STEROIDS خوردنی طور پر دیے جائیں۔  
توقاذق کی تسدید کے امکانات کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس علاج کے دوران مکمل آرام ضروری  
ہے بہتر یہی ہے کہ اسپتال میں داخل کرنے کے بعد یہ علاج کیا جائے۔

اگر پنسلین ہے RESISTANCE پیدا ہو جائے تو درج ذیل دوائیں دیں۔  
پوسٹ خش خاش کے جوشاندہ سے تھکید کریں۔ اور اسی سے ہسبل اور مجری بول  
میں پچکاری کریں۔

پوسٹ خالہ شکاری رات کو پانی میں تر کریں۔ صبح کو اس کا ستارے کر شربت بزوری مقل  
حل کر کے پلائیں۔ تین چار دن کے بعد اسی دوا کے ساتھ یہ سفوف بھی دیں۔  
گرو۔ پشکاری بریاں۔ کباب چینی۔ سب کو باریک پیس لیں اور منگر اٹھرا کر ملا کر  
پلائیں۔

ست گلو۔ ست سلاجیت۔ الاچی خورد۔ پکھان بید۔ تالکھانہ۔ بنلوچین کشہ قلعی۔  
نہات سفید۔

سب کو باریک کوٹ چھان کر سفوف بنائیں اور تازہ پانی کے ہمراہ روزانہ کھلائیں۔  
سوزاک میں مبتلا مریض کے لیے یہ ضروری ہے کہ ابتدائی چار سفوف تک ہر ہفتہ۔ اس  
کے بعد پندرہ دن سے چار ہفتہ تک۔ اور پھر چار مہینوں تک ہر طٹ کے آخر میں معائنہ کرائے۔  
بر معائنہ کے وقت عنق الرحم، مجری بول اور اگر ممکن ہو تو غده بارڈولین سے لیے گئے۔

SMEAR کی جانچ ضروری ہے۔ اگر درم مقعد (PROCTITIS) کی علامتیں  
ہوں تو RECTAL SMEAR کی بھی جانچ ضروری ہے۔ آخری ٹیسٹ میں کلچر  
بھی کرنا چاہیے۔ اگر مندرجہ بالا تمام ٹیسٹ نگیٹو ہوں تو ہی مریض کو شفا یاب سمجھنا چاہیے۔

اگر SMEAR کی جانچ کے دوران سوزاک کے جراثیم ہیں تو پھر دوبارہ  
علاج شروع کر دیا جائے۔ دوسری بار علاج کرنے پر پنسلین کی مقدار بڑھادی جائے۔ بہتر  
یہی ہے کہ P.A.M. (1.2 megauit) سوز آنا پانچ دنوں تک اور اس کے

ساتھ ساتھ CRYSTALLINE PENICILLIN (2 LACS)

ہر گھنٹہ کے بعد دیا جائے۔ یا PENICILLIN-V خوردنی طور پر دی جائے۔  
AMPICILLIN (250-500mg) ہر چھ گھنٹہ سے تین یا چار دن تک دی جاسکتی ہے۔



## سوزاک تحت الحاد و مزمن

### SUBACUTE AND CHRONIC GONORRHOEA

سوزاک کی تعدیہ مزمن ہونے کے نتیجے میں ورم بارٹھولین مزمن - ENDOCERVICITIS 'SKENITIS یا تامل ہو تا ہے اور ایک عرصہ تک قائم رہتا ہے اور کبھی وقت جسم رحم قاذبین اور بارٹھولین عانی تک پہنچ جاتا ہے۔

## ورم بارٹھولین مزمن

### CHRONIC BARTHOLOINITIS

یہ صورت عادیہ کے بعد ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں زلتوز زیادہ درد ہوتا ہے اور زغلہ بڑھتا ہے۔ بلکہ چھوٹا اور سخت ہو جاتا ہے۔ مالش کرنے پر اس کے منفذ پر قیغ نظر آتی ہے۔ اگر معائنہ کرنے پر اس میں سوزاک کے جراثیم نہ ملیں تو GONOCOCCAL COMPLEMENT FIXATION TEST کے ذریعہ تشخیص کرنی چاہیے۔  
SULPHONAMIDES یا ANTIBIOTICS کے استعمال سے مرض میں افادہ ہو جاتا ہے۔ اگر اس میں FIBROSIS ہو یا کسیر بن جائے تو اسے آپریشن کے ذریعہ مکمل طور پر نکال ہی دینا چاہیے۔

### SKENITIS

SKENE'S TUBE ٹوٹ ہونے کے نتیجے میں معائنہ کے وقت ان ٹیبلے قیغ نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ علاج کے لیے SULPHONAMIDE اور ANTIBIOTICS ہی کافی ہے۔ بعض اوقات ان دواؤں سے RESISTANCE ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں تحذیر عمومی کے بعد ELECTROCAUTERY کرنی چاہیے۔

## دورم عنق الرحم

### CERVICITIS

تعدیہ کے ایک عرصہ تک قائم رہنے کے بعد دورم عنق الرحم ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں طمٹ کے دوران کمر میں درد کے ساتھ مخاطی قیمی رطوبت خارج ہوتی ہے لیکن SMEAR عام طور پر نیگیٹو ہی ہوتا ہے۔ کیونکہ سوزا کی جراثیم عنق الرحم کے RACEMOSE غدد کی تہ میں ہوتے ہیں۔ اسی لئے کہا گیا ہے کہ طمٹ کے بعد SMEAR نے کرکچر کرنا چاہیے۔ کیونکہ طمٹ سے قبل عنق الرحم سے ارتشاح ہونے کے نتیجے میں سوزا کی جراثیم اوپری سطح پر آ جاتے ہیں ایسے SMEAR میں ان کی شناخت باآسانی کی جاسکتی ہے۔ اگر ٹیسٹ پہلے بار نیگیٹو ہو تو دوبارہ جانچ کی جائے۔ اور اس کے لیے COMPLEMENT

FIXATION TEST کی مدد لی جائے۔ بعض اوقات ماکل مزمن بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں SULPHONAMIDE اور پینسلین کے ذریعہ علاج کیا جائے۔

جبری عنق الرحم میں واقع تعفن دوائیں جیسے مرکبورو کروم گلیسرین کے ہمراہ۔ یا پنچر آلوڈین اور گلیسرین ہم وزن استعمال کی جائیں یا ICTHYMOL GLYCERINE (۱۵%) استعمال کیا جائے۔ یہ دوائیں ہفتہ میں دو یا تین بار ضرور استعمال کی جائیں۔ اگر اس علاج سے افاق نہ ہو تو تخیر عمومی کے بعد عنق الرحم کو منبط کر کے ELECTROCAUTERY کی جائے۔

## بچہوں میں سوزا کی تعدیہ کے نتیجے میں ہونیوالی پیچیدگیاں

### دورم فرج و مہبل VULVO-VAGINITIS

یہ تعدیہ پیدائش سے بلوغت کے دوران کبھی بھی ہو سکتا ہے بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ یہ مرض فرج، مہبل اور جبری بول سے تجاوز کرے۔ یہ تعدیہ براہ راست ہوتا ہے خواہ سوزا کی میں مبتلا ماں کے ذریعہ ہو یا کسی دیگر ذرائع سے۔ ایسی حالت میں بچی پینٹاب کرنے کے دوران سوزش کی شکایت کرتی ہے۔ چلنے میں درد ہوتا ہے۔ رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے جس کی

وجہ سے اس کے کپڑے خراب ہو جایا کرتے ہیں مہل سرخ اور متورم ہوتی ہے۔ التهاب  
INFLAMNATION بھی ہوتا ہے۔ معائنہ کے وقت کلچر کے لیے ٹبری بول، مقعد  
اور عرق الرحم سے بھی SMEAR لینا چاہیے۔

## علاج

بچی کو اسپتال داخل کر دیا جائے۔ اس کے کپڑے اور دیگر مستعمل اشیاء علاحدہ  
لکھے جائیں اور انھیں فرج کو بائوٹھ دنگایا دیا جائے INT. PROCAINE -

یا PENICILLIN (6 LAKS UNIT) روز آرتین دن تک دیا جائے۔ یا  
PROCAINE PENICILLIN (600,000 units) کے دو

انجکشن P.A.M. (2%) کے ساتھ دو تین دن کے ناغہ سے دیا جائے۔

OXYMETHYL PENICILLIN (25mg) دن میں چار بار تین چار دن تک  
دینا چاہیے۔ پینسلین دینے کے بعد کسی مقامی علاج کی ضرورت باقی نہیں رہ جاتی صرف پوٹیشیم پر  
میگنٹ سے دھونا ضروری ہے۔

اگر مرض کی علامتیں دوبارہ ظاہر ہوں تو پینسلین پھر سے دی جائے۔ اور ساتھ ساتھ

TETRACYCLIN بھی دیا جائے اگر مرض بار بار

ہو تو ANTIBIOTICS کے ساتھ ایسٹروجن بھی دیا جائے۔ کیونکہ ایسٹروجن

بشرہ مہل کو اسطوانیہ (COLUMNAR) سے طباقیہ (SQUAMOUS)

میں تبدیل کر دیتا ہے اور اس پر سوزا کی جراثیم کا اثر نہیں ہوتا۔ اس مقصد کے لیے

STILBOESTROL (0.25-1.4mg) خود دنی طور پر دن میں دو یا تین

بار ۱۴ دن تک دیا جائے۔ علاج روک دینے کے بعد بشرہ (EPITHELIUM)

اپنی اصلی حالت پر واپس آ جاتا ہے۔

## رد مولودی OPTHALMIA NEONATORUM

آشوب چشم کی یہ صورت حاملہ میں سوزا کی تعدیہ ہونے کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ ایسی  
حالت میں آنکھیں سرخ اور متورم ہوتی ہیں بلکوں پر بھی درم ہوتا ہے اور قیغ خارج ہوتی رہتی

ہے۔ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو قرینہ میں زخم ہو کر آنکھ کے ضایع ہو جانے کے امکانات ہوتے ہیں۔

دھویا جائے تا وقتیکہ رطوبت کا اخراج بند نہ ہو جائے۔ یہ عمل ہر پانچ منٹ سے آدھے گھنٹہ تک پھر آدھے آدھے گھنٹے سے تین گھنٹہ تک پھر ایک ایک گھنٹہ سے چھ گھنٹے تک اور آخر میں ہر دو گھنٹہ سے ۲۳ سے ۸ گھنٹہ تک کرنا چاہیے۔

قرینہ کو گزند پہنچنے کی صورت میں ATROPINE DROP (1%) استعمال کیا جائے تاکہ PUPILS منبھ رہیں۔ اس کے ساتھ ساتھ INIPENICILLIN بھی ہر چار گھنٹہ سے ۲ گھنٹہ تک دیا جائے۔

## آتشک SYPHILIS

یہ مرض پندرھویں صدی میں امریکہ سے دیگر ممالک میں منتقل ہوا ۱۴۹۷ء میں واسکو ڈمی گاما کے سپاہیوں کے ذریعہ ہندوستان میں بھی یہ مرض پھیل گیا۔ افسوس صدی تک اس مرض کے بارے میں کچھ یقین کے ساتھ کہا نہیں جاسکتا تھا۔ ۱۹۰۵ء میں SCHANDINN اور HOFFMANN نے اس مرض کے جراثیم کا پتہ لگایا۔

یہ جراثیم جنہیں TREPONEMA PALLIDUM کہا جاتا ہے، (حلزوں) SPIROCHAETE ہوتے ہیں۔ ان کی لمبائی ۷ سے ۱۴ میکرون ہوتی ہے۔ یہ امکروبی مانند ہوتے ہیں۔ تعداد میں یہ سات سے چوبیس تک ہوتے ہیں۔ ان میں حرکت CORCK SCREW کی طرح آگے اور پیچھے کی جانب ہوتی ہے اور اسی مخصوص حرکت کو وجہ سے ان جراثیم کو شناخت کیا جاتا ہے۔ جماعت کے ذریعہ یہ جراثیم ایک سے دوسرے میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ اگر مہ میں مرض کے اثرات موجود ہوں تو بوسہ لینے یا پانی پینے کے برتن کے ذریعہ یا اور دوسرے طریقوں مثلاً آلات جراحی یا دیگر ذرائع سے بھی یہ مرض دوسروں میں منتقل ہو سکتا ہے۔ معالج جو بار بار ایسے مریضوں کا معائنہ کرتے ہوں ان کی انگلیوں میں اس مرض کا تعدیہ

ہو سکتا ہے۔ اس مرض کی مدت حفاظت دس سے نوے دن ہے۔

آتک کے اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں EARLY اور LATE

EARLY SYPHILIS کے دو درجات ہوتے ہیں۔

#### PRIMARY STAGE

سب سے پہلے سرخ رنگ کے چھوٹے چھوٹے PAPULE ظاہر ہوتے ہیں جو تیزی کے ساتھ زخم میں تبدیل ہو کر پھیلتے ہیں۔ یہ جلد کی سطح سے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ انتہائی سخت لیکن ان کے کنارے چکنے ہوتے ہیں LESION عام طور پر ایک ہی ہوتا ہے جو صاف ہوتا ہے اور اس میں درد نہیں ہوتا۔ جب ان کو دبایا یا پھوڑا جاتا ہے تو ان میں سے بہت معمولی سا خون اور رطوبت خارج ہوتی ہے۔ یہ زخم جنھیں قسمرہ بسیط (CHANCRE) کہا جاتا ہے، شفران صغیر، شفران کبیر، قید الفرج، منفذ فخری بول کے قریب نظر یا عنق الرحم پر پائے جاتے ہیں۔

مہل میں قسمرہ بسیط عام طور پر کم ہی پائے جلتے ہیں لیکن ANAL COITUS کے نتیجے میں مقعد و مبرز میں قسمرہ بسیط ہو سکتے ہیں۔ عنق الرحم میں ہونے والے قسمرہ بسیط کے علاوہ ہر قسم میں ان کے سطحی غدود متاثر ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں ایک یا دونوں جانب



۲۸ ہونٹ پر ہونے والے ابتدائی قسمرہ بسیط

کے غدہ بڑھ کر ربر کی مانند ہو جاتے ہیں۔  
**تخصیص**

1 (W.R.) WASSERMAN REACTION

یا کسی زخم سے سیرم لے کر اس کی جانچ کے ذریعہ تخصیص کی جاسکتی ہے۔ KAHN TEST 'V.D.R.L.

:- SECONDARY STAGE

ابتدائی قرحہ بیض کا اگر علاج نہ کیا جائے تو ۶ سے ۸ ہفتہ کے بعد ثانوی علامات شروع ہوتی ہیں شام کے وقت بخار رہنے لگتا ہے۔ لمبی ہڈیوں۔ عضلات خصوصاً پشت اور گردن کے عضلات میں درد ہوتا ہے۔ سردرد SORE THROAT اور اینمیا ہوتا ہے۔ جلد پر دانے نکل آتے ہیں بعض اوقات پشت اور کامرہ راس کے کناروں پر دھبے آجاتے ہیں۔ جسم کے تمام لمغاضی غدہ بڑھ جاتے ہیں یہ غدہ گردن کنج ران اور ابط پر نمایاں طور پر نظر آتے ہیں ان غدہ میں حلزون (SPIROCHAETS) کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اس وقت طحال بھی بڑھ جاتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات اسے محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔

مرض کا دوسرا درجہ ایک سے چار سال تک رہتا ہے جس کے دوران مرض کی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتیں لیکن خون کی رپورٹ مثبت ریپوزیٹیو ہوتی ہے۔ یہ حالت بہت ہی خطرناک ہوتی ہے کیونکہ مرض کی علامتیں ظاہری طور پر نہ ہونے کی وجہ سے مریض اپنے آپ کو قطعی طور پر صحت مند سمجھتی ہے حالانکہ اس وقت وہ انتہائی تعدیہ زدہ INFECTIOUS ہوتی ہے۔ اور مرض پھیلا سکتی ہے

CUTANEOUS RASHES

بثور جلدی

سب سے پہلے جو بثور ظاہر ہوتے ہیں ROSEOLA ہوتے ہیں ان کا رنگ گلابی ہونے کی وجہ سے یہ گورے جلد والی عورتوں میں آسانی سے نظر آتے ہیں۔

MACULES یہ مختلف سائز کے ہوتے ہیں اور سینہ، پشت اور بازوؤں کے اوپری حصہ پر پائے جاتے ہیں۔

#### PAPULAR SYPHILIDE

MACULAR اسٹیج میں ہی نکل آتے ہیں جسم پر ان کی تقسیم یہ MACULAR SYPHILIDE ہی کی مانند ہوتی ہے یہ ہتھیلی، تلوؤں اور چہرے پر نکلتے ہیں اور سرخی مائل بھورے رنگ کے ہوتے ہیں۔ انھیں COPPERY بھی کہا جاتا ہے یہ چھوٹے میں سخت ہوتے ہیں اور ایسا لگتا ہے کہ جیسے انھیں جلد پر نصب کر دیا گیا ہو۔

#### FOLLICULAR SYPHILIDE

یہ قسم بہت کم پائی جاتی ہے۔ ان کا سائز پن کے سر کے برابر ہوتا ہے یہ سر کھجلی HAIR FOLLICLES پر اثر انداز ہوتے ہیں جس کے نتیجے میں کھجلی ہوتی ہے۔ یہ دانے گروپ کی شکل میں پشت، سینہ، بازوؤں کے بالائی حصہ اور دان پر پائے جاتے ہیں۔ ان کے نتیجے میں کاسہ راس پر ALOPECIA کی مانند دھبے آجاتے ہیں جسے MOTH EATEN کہا جاتا ہے۔

#### PUSTULAR SYPHILIDE

PUSTULE کے اوپر چھوٹے چھوٹے PAPPULE بن جاتے ہیں اگر بہت زیادہ ہوں تو یہ VARIOLA کی مانند نظر آتے ہیں اور ان کے مندرجہ ہونے کے بعد SCAR ہمیشہ کے لیے باقی رہ جاتا ہے۔

#### ANNULAR SYPHILIDE

PAPULES یہ شکل میں ہوتے ہیں جو درمیان میں مندرجہ لیکن

کناروں پر پھیلتے جاتے ہیں۔ درمیانی حصہ رنگین ہوتا ہے بعض اوقات یہ PAPULE گروپ کی شکل میں ایک حلقہ بنا لیتے ہیں اور بہت سے حلقہ دار LESION ایک ساتھ مل کر ایک بڑا LESION بنا لیتے ہیں۔ یہ بثور پیشانی، ناک کے گرد مہنہ اور ذقن کے ارد گرد اور اکثر گردن کی جگہ پر بھی پائے جاتے ہیں اس کے علاوہ یہ بازوؤں کے نچلے حصے، پشت اور اعضاء ساسل پر بھی پائے جاتے ہیں۔

#### LUCODERMA COLLI

یہ جلد پر پائے جانے والے دبے ہیں جن کی رنگت جلد کی رنگت سے ملکی ہوتی ہے۔ یہ گردن اور بازوؤں پر پائے جاتے ہیں۔ علاج کے باوجود بھی یہ برسوں قائم رہتے ہیں۔

#### ALOPECIA

یہ کاسرہ راس کے جانبی اور موخر حصہ پر ہوتے ہیں اور MOTH EATEN قسم کے ہوتے ہیں اور FOLLICULAR SYPHILIDE کے بعض ہوتے ہیں۔ بعض LESION ابرو اور پلکوں پر بھی ہوتے ہیں

#### CONDYLOMATA LATA

یہ فرج، عجان، بازو، بغل، ٹکے ہوئے پستان، انگلیوں کے درمیان، نان کے



CONDYLOMATA LATA ۲۱



ارد گرد، اصول حفظان صحت پر عمل نہ کرنے والوں میں پائے جاتے ہیں یہ LESION جلد کی سطح سے قدرے باہر سے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان کا اوپری حصہ چپٹا ہوتا ہے اور نئی پائی جاتی ہے۔ ان میں حلزون (SPIROCHAETES) جھنڈ کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔ یہ CONDYLOMATA ACUMINATA سے مختلف ہوتے ہیں۔ جو فرج اور عجان پر پائے جاتے ہیں اور ایک FILTERABLE وائرس کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔ یہ گرد و گداز کو بھی کے پھول کی مانند PEDUNCULATED ہوتے ہیں۔ ان کا رنگ سرخی مائل ہوتا ہے اور چھونے پر ان میں سے خون بہنے لگتا ہے۔

#### MUCOUS PATCHES

یہ PAPULAR SYPHILIDE ہوتے ہیں جو خشار، خفاطی مثلاً ہونٹ، مسوڑھے، منہ، زبان، تالو، لوزتین اور PHARYNX کی خلقی درواز پر پائے جاتے ہیں ان کی سطح ہلکے سمورے رنگ کی ہوتی ہے۔ ان LESIONS میں SPIROCHAETES یہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں جو باہری اعضاء تناسل کے تعدیہ کا سبب بنتے ہیں۔

#### علامات فارقہ

MACULAR SYPHILIDE اکثر خسرہ سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن دونوں میں فرق یہ ہے کہ اول الذکر میں تیز بخار، درد اور "KOPLIK'S SPOT" نہیں ہوتے۔ دواؤں کے نتیجے میں ہونے والے عموماً چمکدار سرخ ہوتے ہیں اور دوا استعمال کرنے کی ہسٹری بھی ہوتی ہے۔

PSORIASIS ' ACNE VULGARIS اور چھبک میں ان امراض کی علامتیں ہوتی ہیں۔ سب سے اہم علامت آتشک کی یہ ہے کہ ان مریضوں کے ناخن بے رونق، پتلے، آسانی سے ٹوٹنے والے اور اکثر کناروں پر اوپر کی جانب مڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

## LATE SYPHILIS

آنکھ کے قعیدہ کے چار سال کے بعد یہ درجہ شروع ہوتا ہے۔ یہ صورت ان ہی لوگوں میں پائی جاتی ہے جن کا یا تو کوئی علاج نہیں کیا جاتا اور اگر کیا بھی جاتا ہے تو نامکمل۔ اس درجہ میں جلد یا غشاء مخاطی پر GAMMATOUS LESION پائے جاتے ہیں GRANULOMA ہوتے ہیں اور ان میں INFILTRATION اور درم مبطن شرائیں (ENDARTERITIS) ہوتا ہے جو خون کے دوران کو روک دیتا ہے جس کے نتیجے میں NECROSIS ہوتا ہے۔

## NODULAR SYPHILIDE

GUMMATA کی شکل میں ہوتے ہیں اور جلد پر کہیں بھی ہو سکتے ہیں لیکن عام طور پر کولے، ران، بازوؤں کے بالائی حصے پشت، گردن اور بعض اوقات چہرہ پر بھی پائے جاتے ہیں۔ ان میں اندمال مرکزی حصہ میں ہوتا ہے، ان NODULES کا رنگ بھورا مائل سرخ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ GUMMATA ٹوٹ جاتے ہیں اور ان میں زخم ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں انھیں NODULO UNCERATIVE SYPHILIDE کہا جاتا ہے۔ ان کے اندمال کے بعد ایک مستقل نشان باقی رہ جاتا ہے۔

## علامات فارقہ

## LUPUS VULGARIS

یہ کم سن لڑکیوں میں ہوتا ہے اس کی گروتھ بہت آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ اور اس کے کنارے مکمل طور پر نمایاں نہیں ہوتے۔ زخم سطحی اور SCAR زیادہ نمایاں ہوتے ہیں

اس کا اثر غفروں انف پر ہوتا ہے جبکہ آنکھ کا اثر ناک کی ہڈی پر ہوتا ہے۔

### NODULAR LEPROSY

یہ تمام جسم پر یکساں ہوتے ہیں تراش میں LEPRO BACILLI کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں جبکہ NODULAR SYPHILIDE تمام پھیلے ہوئے ہوتے ہیں اور ان میں یکسانیت قطعی نہیں ہوتی۔

### TUBERCULOID LEPROSY

یہ حلقہ دار LESION ہوتے ہیں جن کی گردتہ بہت آہستہ آہستہ ہوتی ہے یہ NODULAR SYPHILIDE سے مشابہ اور ان کے کنارے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں لیکن جذام میں SCARING نہیں ہوتی۔ بلکہ دھبوں میں حذر کی صورت ہوتی ہے ALOPECIA ہوتا ہے پسینہ نہیں آتا ہے۔ اعصاب بڑھ جاتے ہیں SYPHILIDE اور RINGWORM کے درمیان فرق یہ ہے کہ SYPHILIDE میں سوزش۔ خارش نہیں ہوتی۔ اور RINGWORM کی اگر سلائڈ بنائی جائے تو اس میں FUNGUS INFECTION ملتا ہے۔

### GUMMATA

یہ تعداد میں صرف ایک ہوتا ہے۔ دم طعہ پر بازو۔ پیر اور چہرہ پر ہوتا ہے بعض اوقات نالو، خلفی FORNIX اور TONSILLAR FOSSAE پر بھی ہوتا ہے لیکن زبان اور ہونٹ پر بہت سی کم ہوتا ہے۔ یہ نرم ہوتا ہے اور لوٹ کر زخم بناتا ہے جس کے کنارے کے ٹھوکنے دھار دار، رو یا بیضوی ہوتے ہیں۔ اس کی سطح دھلے ہوئے چمڑے کی مانند ہوتی ہے W.R. مثبت (پوزیٹیو) تو ہوتا ہے لیکن قوی نہیں ہوتا۔

### VARICOSE ULCER

یہ مرض عمر کے درمیانی حصہ میں ہوتا ہے دوالی (VARICOSE VEIN) کے

ساتھ ہوتا ہے ان میں درد ہوتا ہے۔ ان کے سرے نامہوار اور ناسور کی مانند ہوتے ہیں۔

## قرص درنی

ان کے سرے ناسور کی مانند ہوتے ہیں ان میں درد ہوتا ہے اور خفیف ماسلی  
GRANULATION ہوتا ہے نسبتاً کم عمر کی عورتیں اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں۔

## EPITHELIOMA

ان کے سرے نسبتاً زیادہ سخت ہوتے ہیں نئی گروتھ اور آتشک دونوں مرض ایک ہی وقت  
میں ہو سکتے ہیں یہ صورت زبان کے GUMMA میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔

## آتشک موروثی CONGENITAL (HEREDITARY) SYPHILIS

جنین کو یہ مرض مشیمہ کے راستے دو مان نخل کے ذریعہ ہوتا ہے اس میں پرائمری  
اسٹیج نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں مشیمہ کا طول و وزن بڑھ جاتا ہے اس میں مختلف قسم کے



۳ آتشک موروثی

دعائی LESION ہوتے ہیں لیکن ان میں سب سے اہم درم مطبن شرائیں ہے۔  
 اگر حاملہ آتشک میں مبتلا ہو تو یہ تعدیہ جنین میں منتقل ہو کر MISCARRIAGE  
 یا STILL BIRTH کا سبب بنتا ہے۔ تعدیہ قناتا ہی مرزن ہوتا ہے جنین پر  
 اس کے اثرات اتنے ہی کم ہوتے ہیں خلقی آتشک میں مبتلا پھیلا میں بعض اوقات آتشک  
 کی ظاہری علامتیں پیدائش کے وقت موجود ہوتی ہیں اور بعض میں پیدائش کے بعد  
 ظاہر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات بلوغت تک یا اس کے بعد بھی کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی۔

## کی علامات EARLY CONGENITAL SYPHILIS

### (عظم کبر و طحال) HEPATOSPLENOMEGALY

یہ موروثی رخلقی آتشک کی علامتوں میں سے ایک اہم علامت ہے حالانکہ ان  
 بچوں میں یرقان ظاہر نہیں ہوتا۔ پھر بھی جلد پر ہلکے ICTERIC TINGE پائے  
 جاتے ہیں۔ HEPATIC INSUFFICIENCY کے نتیجے میں ایڈیسا بھی ہوتا ہے۔

### SKIN LESION

ہتیلیوں اور تلوؤں کی جلدیں DESQUAMATION اور بعض اوقات  
 BULLOUS ERUPTION بھی ہوتا ہے۔ مقعد اور فرج کے ارد گرد  
 CONDYLOMATA LATA ہوتا ہے۔ جلد پر ٹائوزی آتشک کی مانند ثبور آجاتے  
 ہیں۔ ناخن باریک اور کمزور ہوتے ہیں PARONCHIA بھی ہو سکتا ہے۔

### SNUFFLES

یہ عام طور پر پائی جانے والی علامت ہے جو مرض کی پہلی علامت ہو سکتی ہے  
 درم غشاء مخاطی انف سوزاکی (SYPHILITIC RHINITIS) کی وجہ سے  
 تنفس میں رکاوٹ کے ساتھ خون آمیز ارتشاح ہو سکتا ہے۔ طفل نوزائیدہ میں کسی بھی قسم

کی رطوبت کا اخراج جس میں علاج سے افاقہ نہ ہو رہا ہو، اس کے لیے مکمل  
INVESTIGATION ضروری ہے۔

ان مریضوں میں اینیما۔ التهاب عمومی اور MENINGO VASCULAR LESION  
بھی ہو سکتے ہیں۔ ورم غفروف و عظم (OSTEO CHONDRITIS) عام طور پر  
ہوتا ہے جسے ایجرے کے ذریعہ آسانی دیکھا جاسکتا ہے۔



SYPHILITIC EPIPHYSITIS ۳۱

EPIPHYSIS پر ایک خاص قسم کی تبدیلی رونما ہوتی ہے جس کی وجہ سے فطری  
بالیدگی میں خلل واقع ہوتا ہے۔ تالوک DENSITY بڑھ جاتی ہے اور تکلیس  
کے وزن میں نظم باقی نہیں رہتا۔ لمبی ہڈیاں خاص طور پر متاثر ہوتی ہیں۔ ورم مجاورت  
عظمی (PERIOSTITIS) ہوتا ہے۔ انگلیوں کے ورم (DACTYLITIS)  
کے نتیجے میں انگلیوں کی ہڈیاں بھی متاثر ہوتی ہیں۔

### EARLY CONGENITAL SYPHILIS کے اثرات

ورم غشاء مخاطی الف (RHINITIS) کے نتیجے میں ناک کی ہڈی کی نمو  
پر اثر پڑتا ہے اور اس میں خلقی مد وضعی تشوہ (DEFORMITY) پیدا ہو جاتی  
ہے۔ جے SADDLE NOSE کہا جاتا ہے۔ اسنان دائم (PERMANENT  
(TEETH) نکلنے سے پہلے ہی مرض سے متاثر ہو چکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ مرکزی قواطع  
(CENTRAL INCISOR) اور بعض اوقات جانبی قواطع (LATERAL INCISOR)  
کے نکلنے کے وقت ENAMEL میں خرابی آ جانے کی وجہ سے خلا پیدا ہو جاتا ہے۔



۳۲۔ آتشک خلقی کے نتیجے میں ہونے والا بدضمی SADDLE NOSE

بہی وجہ ہے کہ ان مریضوں کے دانتوں کے درمیان گہری دراڑ ہوتی ہے۔ دانتوں کی جڑیں چوڑی ہوتی ہیں لیکن باہری حصے نوکیلے ہوتے ہیں۔ (MOLAR) خراب کی شکل کے ہوتے ہیں اور ان میں ENAMEL بہت ہلکا ہوتا ہے مہنہ اور مقعد کے ارد گرد FISSURE کی مانند SCAR ہوتے ہیں جنہیں RHAGADES کہا جاتا ہے۔

### LATE CONGENITAL SYPHILIS کی علامتیں

خلقی آتشک میں دو سال کی عمر کے بعد INTERSTITIAL KERATITIS ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں قرینہ بے رونق اور دھندلی ہو جاتی ہے۔ چند ہفتوں کے بعد اس میں وعائی کیفیت (VASCULARISATION) پیدا ہو جاتی ہے لیکن اس کے ختم ہونے کے بعد OPACITY کے نشان باقی رہ جاتے ہیں۔

## NEURO-SYPHILIS

اس کے نتیجے میں فالج (HEMIPLEGIA یا QUADRIPLAGIA) ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ ذہنی خلل، نقص تکلم، یادداشت کا ختم ہونا اور جذباتی عدم استحکام بھی ہوتا ہے۔

## عظام و مفاصل میں ہونے والی تبدیلیاں

گٹھنوں میں HYDRARTHROSIS ہوتا ہے GUMMATA  
PERIOSTITIS اور OSTEITIS کے نتیجے میں TIBIA پر بھی اثر پڑتا ہے۔ ناک PHARYNX اور SOFT PALATE پر GUM-  
MATA - ہوتے ہیں۔ اور اس کے نتیجے میں ان جگہوں پر تشقید ہو سکتی ہے۔ کان کا اندرونی حصہ متاثر ہونے کی وجہ سے نقل سماعت ہوتا ہے۔ اور OPTIC ATROPHY کے نتیجے میں مریض کی بینائی ختم ہو سکتی ہے۔

## LATE CONGENITAL SYPHILIS کے اثرات

INTERSTITIAL KERATITIS کے اندمال کے بعد خالی عروق دمویہ مستقل SCAR کی شکل میں باقی رہ جاتی ہیں SOFT PALATE اور NASAL SEPTUM میں تشقید ہوتی ہے OPTIC ATROPHY اور NERVE DEAFNESS ہوتی ہے۔ اور TIBIA خم دار ہو جاتی ہے جو درم عظم (OSTEITIS) کی علامت ہوا کرتی ہے۔

تشخیص

عاد صورت میں جبکہ کبد اور طحال بڑھے ہوئے ہونے کے ساتھ ساتھ جلد میں قھوٹے قہر کے ثبور، WASTING اور فقر الدم (انیمیا) ہو تو تشخیص بہت آسانی سے ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں خون کی رپورٹ بھی مثبت (پوزیٹو) ہوتی ہے۔ لمبی ہڈیوں کا ایکریک



کمرنے پر اس میں آتشک کی علامات ملتی ہیں۔

علاج

اگر حاملہ میں آتشک کا تقدیر ہو تو اس کا مکمل علاج ضروری ہے INJ. P.A.M. روزانہ دس دن تک دینا چاہیے خلقی آتشک (600,000 unit) میں اگر بچہ کی عمر 4 مہینے سے کم ہے تو INJ. P.A.M. (300,000 unit) روزانہ دس دن تک دیا جائے۔ زیادہ عمر کے بچوں کے لیے بالغوں ہی کی مانند انجکشن دیئے جائیں۔

ابتدائی تین ہفتوں تک ہر مہینہ (KITTEN) SEROLOGICAL TEST کرتے رہنا چاہیے۔ اس کے بعد ہر تیسرے مہینے تین بار یعنی ۹ مہینے تک جانچ ضروری ہے اور دوسری سال کے آخر میں آخری بار جانچ کی جائے۔ ایسی مریضہ جس کا پہلا SEROLOGICAL TEST مثبت (پوزیٹو) ہو علاج کرنے کے ۹ ویں سے ۱۴ ویں ہفتہ کے اندر منفی (نگیٹو) ہو جاتا ہے۔

اگر مریض پینسلین سے حساس (الرجک) ہو تو اسے TETRACYCLIN

خوردنی طور پر ( 2 gm ) روزانہ پندرہ دن تک دینا چاہیے۔

RESISTANCE  $\angle$  TETRACYCLIN

تو مندرجہ ذیل طریقہ پر علاج کریں

پہلے مصفیات اور مسکن حدت ادویات دی جائیں۔ اس مقصد کے لیے نقوع ثابتہ، یاعرق عشبہ، سمون عشبہ، لعاب بہیدرانہ، شیرہ غناب عرق مصفی دیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد درج ذیل منفعی پلایا جائے۔

شاہترہ، چراترہ، منڈی، پوست ہیلہ کابی، گل نیلوفر، بھانج فسقی، انیترون،  
بادرنجیورہ، غناب۔

مندرجہ بالا دواؤں کو شام کے وقت گرم پانی میں تر کر کے صبح کو مل چھان کر خیرہ نغفہ ملا کر پلائیں۔ اس کے بعد اسی نسخہ میں سنار کی، مغز فوس، تربخیں، شیرہ مغزیہ یا ام شیریں اضافہ کر کے مہل دیں۔

مہلوں کے درمیان تبرید بھی پہنچائیں۔ اس کے بعد مطلوبہ خفقت روزہ دیں۔

جو درج ذیل ہے۔

پوست درخت نیم۔ پوست کپناں۔ تیغ حنظل۔ پھل ببول۔ کٹائی خورد و معہ  
بیتوں اور جڑ کے (قند کہنہ مندرجہ بالا دواؤں کو باریک کاٹ کر پانی میں  
پکانیں جب تک باقی رہ جائے تو اسے چھان کر محفوظ کر لیں۔ اس کی سات  
خوراکیں بنا کر روزانہ ایک خوراک صبح کے وقت پلائیں۔

## CHANCROID

## (قرح لین)

یہ مجامعت کے ذریعہ ہونے والا مرض ہے جو HAEMOPHILUS-  
DUCREYI کی وجہ سے ہوتا ہے۔ نچلے طبقہ کے لوگوں میں یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ عورتوں  
کی نسبت مرد اس میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں یہ مرض AUTO-INOCULABLE  
اور اس میں متعدد SORE پائے جاتے ہیں۔ HAEMOPHILUS DUCREYI  
ایک گرام پوزیٹیو STREPTO BACILLUS ہے جو چھوٹا، دبیز اور دونوں  
سروں پر گہرے رنگ کا ہوتا ہے۔ یہ جراثیم آپس میں مل کر ایک جھوٹی زنجیر بنالیتے ہیں۔

## عوارض و علامات

اس مرض میں سب سے پہلے ایک VESICLE پیدا ہوتا ہے جو  
PUSTULE میں تبدیل ہو جاتا ہے اور لٹوٹ کر ناہموار زخم کی شکل اختیار کر لیتا ہے  
جس کے سرے ناسور کی مانند سطح NECROTIC اور بھورے رنگ کی ہوتی  
ہے۔ سختی خفیف کی ہوتی ہے جس کا سبب ورنی التهاب ہوتا ہے۔ SORE کو چھونے  
سے بہت درد ہوتا ہے اور اس میں سے جریان دم شروع ہوتا ہے۔ یہ SORE ایک  
یا متعدد ہو سکتے ہیں۔ عورتوں میں یہ شفران۔ بظر۔ قید الفرج اور مقعد کے ارد گرد اور بعض  
اوقات عنق الرحم۔ منفذ مجری بول، اور مجری بول میں بھی ہوتے ہیں۔

## علاج

SULPHONAMIDE دیے جائیں۔ اگر مریض چل پھر سکتی ہو اور گھر پر ہو تو

SULPHANILAMIDE یا SULPHA DIAZINE ' SULPHATHIAZOLE

۳ گرام، روزانہ متعدد ذخراک میں اور اسپتال میں داخل ہونے والی مرہم کو ۸ گرام روزانہ ۷ یا ۸ دن تک دیا جائے۔ نارمل سلائن سے زخم کو صاف کرنے کے بعد SULPHA THIAZOLE یا کسی ANTISEPTIC مرہم سے ڈریسنگ کریں۔

TETRACYCLIN ' STREPTOMYCIN سلفا ڈرگ کے علاوہ

ERYTHROCLIN اور CHLORAMPHENICOL بھی دیا جاسکتا ہے۔

تیرھواں باب

# احتباس بول

RETENTION OF URINE

احتباس بول کے مندرجہ ذیل اسباب ہو سکتے ہیں

REFLEX SPASM

احتباس بول کی یہ قسم بطن یا مہبل کے آپریشن یا وضع حمل کے بعد اکثر ہو جایا کرتی ہے اور بعض اوقات اس وقت تک قائم رہتی ہے جب تک کہ مرینہ پلنے پھرنے کے لائق نہیں ہو جاتی۔ بعض اوقات کسی

SENSITIVE

یادرم باٹولین ماد URETHRAL CARNUCLE.

کے نیچے میں فرج میں درد اور TENDERNESS ہونے کی وجہ سے بھی مجری بول میں انفکاسی نشیج ہوتا ہے جس کے نیچے میں احتباس بول ہوتا ہے

۲۔ انسداد

بعض اوقات کسی تضیق۔ حصاة یا مجری بول کے سرطان کے نیچے میں مجری بول یا مثلیہ میں انسداد پیدا ہو جاتی ہے جس سے احتباس ہوتا ہے چونکہ عورتوں میں مجری بول چھوٹا اور سیدھا ہوتا ہے اس لیے حصاة کے ذریعہ انسداد کے امکانات کم ہی ہوتے ہیں لیکن مجری بول کے سخی ہونے یا ELONGATION کے نیچے میں احتباس ہو سکتا ہے جیسا کہ خبلفی جانب مٹرا ہوا مٹس GRAVID UTERUS ٹھنی ہوئی FIBROMYOMA

یا کبھی بیضی خراج مانڈیا HAEMATOCOLPOS کی حالت میں دیکھا گیا ہے۔  
بعض اوقات کسی شخص کی FIBROID POLYP کی وجہ سے مہبل میں بہت  
زیادہ نفع ہونے کے نتیجے میں احتباس بول ہوتا ہے۔

## علاج

قائماً طیر کے ذریعہ بول خارج کر کے فوری آرام پہنچایا جاسکتا ہے لیکن اس کے بعد  
سبب کا علاج بہت ضروری ہے۔ قائماً طیر کے ذریعہ مثانہ خالی کر دینے کے بعد  
DISPLACEMENT کی صورت خود بخود ختم ہو جاتی ہے سلعہ دمویہ  
(HAEMATOCLE) اور سلعہ عانی (PELVIC TUMOUR)  
کے لیے سرجیکل ٹرمینٹ ضروری ہے۔

## ۳۔ عصبی اسباب

TABES DORSALIS SCLEROSIS اور حرام مغز کے  
LESION کی وجہ سے PARAPLAGIA ہوتا ہے جس کے نتیجے میں  
احتباس بول ہو سکتا ہے

## INCONTINENCE OF URINE

### ABSOLUTE INCONTINENCE

اس کا سبب عموماً ناسور ہی ہوتا ہے جو وضع محل کے دوران یا بعض اوقات لٹمن  
یا مہبل کے آپریشن کے دوران مثانہ یا بھری بول کو پہنچنے والی گزند کے نتیجے میں ہوتا  
ہے۔ چند واقعات ایسے بھی دیکھے گئے ہیں۔ جس میں یہ صورت نشوونما کی خرابی کے نتیجے  
میں بھی پیدا ہوئی ہے۔

بعض اوقات عقی الرم کے بڑھتے ہوئے سرطان کے اثرات مثانہ تک بھی پہنچتے  
ہیں جس کے نتیجے میں VESICO-VAGINAL FISTULA ہوتا ہے

یا بعض اوقات تدرن عنق الرحم یا مثانہ کے نچوٹے کے نتیجے میں بھی اس کے امکانات ہوتے ہیں۔ بعض جسی امراض فائبروسس کی زیادتی اس کا سبب بنتے ہیں۔  
 TABES DORSALIS بھی

### STRESS INCONTINENCE

اسے ہبوط (تھو) اعضا متاسل کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

### FALSE INCONTINENCE

ایسی حالت میں مثانہ ہمیشہ بھرا ہی رہتا ہے۔ جس کی وجہ سے تھوڑی تھوڑی دیر کے بعد پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے لیکن پیشاب کم مقدار میں خارج ہوتا ہے۔

### NOCTURNAL ENURESIS بول فی الفراش

یہ صورت عموماً بچوں ہی میں پائی جاتی ہے جس کا سبب دود سلکیہ (THREA-DWORM) کے نتیجے میں ہونے والا دود فرج ہے بعض اوقات کیفیت خلل اعصاب کی وجہ سے بھی ہوتی ہے۔

### FREQUENCY OF MICTURATION

### سلسل البول

اس کی تھنیص کے لیے ہسری فرج ہبل عنق الرحم کا معائنہ اور پیشاب کے MID STREAM SAMPLE کی جانچ اور بعض اوقات کلیم، CYSTOSCOPY اور UROGRAPHY بھی ضروری ہے سلسل البول کے تین اسباب ہو سکتے ہیں۔

### ۱۔ نسوانی حالات

شادی کے بعد ابتدائی چند دنوں تک بعض عورتوں کو مقامی سوزش و ہرجاں کی وجہ سے پیشاب تکلیف کے ساتھ ہوتا ہے۔ اور بار بار ہوتا ہے ان عورتوں میں سوز کی تعدیہ

کے امکانات کو نظر انداز نہیں کیا جاسکتا لیکن سن و سیدہ عورتوں میں URETHRAL CARUNCLE یا تور غشار مخاطی مجری بول کے نیچے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

بعض اوقات اشتقاق علق الرحم کی حالت میں تعدیہ ہونے کے ساتھ ساتھ FREQUENCY بھی ہوتی ہے لیکن یہ دیکھا گیا ہے کہ علق الرحم کے CAUTE- RIZATION یا القطار (AMPUTATION) کے بعد یہ تکلیف تو ختم ہو جاتی ہے لیکن عسر بول اور سلسلہ ابول کی شکایت ختم نہیں ہوتی یہ کیفیت TRIGONE کے مزمن تعدیہ کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے جو علق الرحم میں ہونے والے تعدیہ کی وجہ سے ہوا کرتا ہے علق الرحم کے بڑھتے ہوئے سرطان کے نتیجے میں مثانہ کا سنگی حصہ (TRIGONE) بھی متاثر ہوتا ہے جس کی وجہ سے ابتدا میں مثانہ میں سوزش و پھان و سلسلہ ابول اور بعد میں ناسور کے ساتھ INCONTINENCE ہوتا ہے

فتق مثانی (CYSTOCLE) کی حالت میں سلسلہ ابول کی شکایت صرف دن ہی میں ہوا کرتی ہے کیونکہ رات میں لیٹے رہنے کی حالت میں فتق مثانی کی حالت ختم ہو جاتی ہے۔ تور مثانہ (PROLAPSED BLADDER) ہونے کی حالت میں پیشاب کے رک جانے کے نتیجے میں ہوتا ہے جو سوزش و عسر و بول اور سلسلہ ابول کا سبب بنتا ہے علق الرحم کے علاقہ حصہ میں بننے والے سلعہ عضلی (MYOMA) جو خلف مثانہ اور رحمی مثانی بار بطون کے درمیان ہوتا ہے کے نتیجے میں بھی سلسلہ ابول کی شکایت ہوتی ہے۔

حمل کے ابتدائی دنوں میں جب بڑھے ہوئے رحم کا بوجھ مثانہ (TRIGONE) پر پڑتا ہے تو اس دباؤ کے نتیجے میں بھی سلسلہ ابول ہوتا ہے۔ لیکن تین مہینے گزر جانے کے بعد جب رحم بطن کے حصہ میں پہنچ جاتا ہے تو مثانہ پر اس کا دباؤ ختم ہو جاتا ہے اسی لیے FREQUENCY کی شکایت بھی ختم ہو جاتی ہے

۶۔ عدوائے تعدیہ مجری بول URINARY TRACT INFECTION

مجری بول کا تعدیہ نسوانی امراض یا کسی آپریشن کی پیچیدگی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں یہ ضروری ہے کہ پہلے تعدیہ کا صحیح مقام اور سبب معلوم کیا جائے پھر اس

کے بعد مناسب علاج کیا جائے اگر صحیح علاج نہ کیا گیا تو بار بار تعدیہ ہونے کے نتیجے میں مزمن PYELONEPHRITIS ہوتا ہے۔  
 بھری بول کا تعدیہ عمماً (80%) E. COLI ہی کی وجہ سے ہوتا ہے باقی  
 ۲ فیصد میں دوسرے جراثیم بھی پائے جاتے ہیں۔

### اسباب موثرہ

- ۱۔ نتوما غصارت ناسل۔
- ۲۔ URINARY FISTULA
- ۳۔ PELVIS MASSES
- ۴۔ عتق الرحم میں درد ناک مقام کا ہونا۔
- ۵۔ آپریشن کے بعد ہونے والی پیچیدگیاں۔
- ۶۔ قاتا طیسر کا استعمال۔

### علامات

تشریہ کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔ بھری بول میں درم ہونے کی حالت میں سوزش بھی ہوتی ہے اور درم مثانہ عادی حالت میں HYPOGASTRUM پر  
 TENDERNESS کے ساتھ ساتھ بار بار پیشاب بھی ہوتا ہے۔ پشت خصوصاً کر کے  
 حصہ میں درد ہوتا ہے۔

دو دستی اہیلی معاینہ اور منظار معاینہ کے ذریعہ دیگر امراض مثلاً تنور رحم و مہبل  
 URETHRAL DIVERTICULUM تاکل عتق الرحم، قرع عتق الرحم،  
 سرطان عتق الرحم، سلعات عالی اور MALIGNANT INFILTRATION کے  
 نہ ہونے کے بارے میں اطمینان کر لیا جائے۔

تعدیہ بھری بول کے لیے درج ذیل INVESTIGATIONS ضروری ہیں  
 ۱۔ بول کے MID STREAM SAMPLE کا معاینہ۔

۲۔ DESCENDING PYELOGRAPHY



## علاج

مکمل آرام کے لیے ہدایت کی جائے۔ سہماں بہ کثرت پلایا جائے انکلائن کمبوجس میں پوٹیشیم یا سوڈیم سائٹریٹ، سوڈیم بائی کاربونیٹ اور TR. HYOCYAMUS شامل ہوں، پلایا جائے SULPHONAMIDES (دئے جائیں) GANTRISIN یا ELKOSIN یا MADRIBON شروع میں ایک گرام خوراک میں دن میں چار بار اور اس کے بعد نصف گرام کی خوراک میں چار بار دیا جائے اس کے استعمال سے متلی دفتے ہوئی ہے اور زیادہ دنوں تک استعمال کرنے سے جلد بردانے نکل آتے ہیں بعض لوگوں میں PERIPHERAL NEURITIS بھی دیکھا گیا ہے

اگر زیادہ دنوں تک استعمال کرنے کی ضرورت ہو تو MENDELAMINE استعمال کی جاسکتی ہے۔ اسے ایک گرام کی خوراک میں دن میں چار بار دیا جاسکتا ہے اس کے علاوہ AMPICILLIN 'TETRACYCLIN 'PENICILLIN یا ERYTHROMYCIN بھی دیا جاسکتا ہے لیکن CHLORAMPHENICOL ہی ان سب میں بہتر ہے کیونکہ اس کا اثر تقریباً تمام قسم کے جراثیم پر ہوتا ہے

## ۳۔ ورم مثانہ مزمن CHRONIC CYSTITIS

یہ مرض نسوانی امراض کے ساتھ بھی ہو سکتا ہے اور اس کے بغیر بھی نسوانی امراض جو اس مرض کے ساتھ ہو سکتے ہیں درج ذیل ہیں۔

۱۔ فقق مثانی (CYSTOCELE)

۲۔ سلعات عانی (PELVIC TUMOUR)

۳۔ ورم عانہ مزمن (CHRONIC PELVIC INFLAMMATION)

۴۔ عقی الرحم اور جسم رحم کا بڑھتا ہوا سرطان

۵۔ بعض اوقات یہ مرض چند دیگر امراض مثلاً درن کلیہ، مثانہ میں ہونے والا

PAPILLOMA یا حصاة (CALCULUS) کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے

CHRONIC INTERSTITIAL CYSTITIS عموماً گن باس کے بعد ہی ہوتا ہے ایسی حالت میں شدید درد کے ساتھ مسلسل البول ہوتا ہے اس کی تشخیص CYSTOSCOPY کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

## LEUCORRHOEA

## سیلان ابیض

صحت مند عورتوں کے مہبل سے روزانہ اسے ۲ ملی لیٹر رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے جو نارمل ہی ہوتی ہے اور صرف مہبل ہی تک محدود رہتی ہے لیکن یہ رطوبت جب اتنی زیادہ ہو جائے کہ باہر خارج ہونے سے کپڑے پر دھبے آجائیں تو اسے لیکور یا کہا جاتا ہے یہ رطوبت بشو مہبل، عتق الرحم کی غشاء مخاطی اور غده بارٹولین کے ارتشاح برشکل ہوتی ہے سیلان ابیض کے اسباب اور عمر کے لحاظ سے اس مرض کو مین گروپ میں تقسیم کیا گیا ہے جسے ذیل میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا رہا ہے۔

## بلوغت سے قبل ہونے والا سیلان

بچوں میں سیلان جسم غریب (F.B) درم فرج و مہبل اعضا تناسل میں ہونے والی نئی گروتھ اور بلوغت قبل از وقت (PRECOCIOUS PUBERTY) کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

بعض بچیاں (F.B) مثلاً سلیٹ کی ٹیسٹ یا سیفٹی پن مہبل میں داخل کر لیتی ہیں بعض اوقات کھیل کے دوران اتفاقیہ طور پر بھی ایسا ہو جاتا ہے لیکن یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بعض بچیاں صرف حظ حاصل کرنے کی خاطر کوئی شے مہبل میں داخل کر لیا کرتی ہیں جو کبھی کبھی اندر ہی رہ جاتی ہے۔ ایسی حالت میں یا تو بچیاں اس سے بے خبر ہوتی ہیں یا ڈر کی وجہ سے بتاتی نہیں لہذا ان بچیوں کا معائنہ تخذیر لومی کے بعد ہی کرنا چاہیے۔

ان بچیوں میں خارج ہونے والی رطوبت بدبودار اور خون آمیز ہو سکتی ہے چونکہ سوزاک میں بھی ایسی ہی رطوبت خارج ہوتی ہے اس لیے مہبل رطوبت کا معائنہ بہت ضروری ہے (F.B) کے معائنہ کے لیے بچیوں کو KNEE - CHEST POSITION ہی میں رکھنا بہتر ہے۔ اگر کوئی F.B نظر آئے تو کسی مناسب فار سپس کے ذریعہ نکال لی جائے

اور اس کے بعد چند دنوں تک کسی دافع تعفن لوشن سے کسی چھوٹی قانامیہ کے ذریعہ مہبل کو صاف کیا جائے

### GONOCOCCAL VULVOVAGINITIS ورم فرج و مہبل سوزاک

اس سوزاک کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

### ورم فرج و مہبل غیر نوعی

#### NON SPECIFIC VULVOVAGINITIS

معاشی اعتبار سے کمزور طبقہ اور حفظانِ صحت کے اصولوں پر عمل نہ کرنے والی عورتوں میں یہ مرض زیادہ ہوتا ہے اور دود بلسکیہ (THREAD WORM)

اسہالِ عددی (INFESTED DIARRHOEA) مہی (PYREXIA) یا F.B. اس مرض کے لیے معاون ثابت ہوتے ہیں ایسی حالت میں فرج سرخ اور ستورم ہوتی ہے اس میں اینڈیریا بھی ہوتا ہے اور قہجی رطوبت خارج ہونے کی وجہ سے شفران ایک دوسرے سے چپکی ہوئی ہوتی ہیں شفران کو علیحدہ کرنے پر مہبل سے بہت سی رطوبت یکبارہ بہہ نکلتی ہے۔

ان بچیوں کو پنسلین انجکشن یا SULPHONAMIDES خوردنی طور پر دیا جائے دافع تعفن دواؤں کے ذریعہ فرج کو صاف کیا جائے اور مہبل کو ڈیٹال سولوشن سے روزانہ دھویا جائے۔

#### TRICHOMONOS VAGINALIS VAGINITIS

یہ مرض بلوغت سے قبل کم ہی ہوتا ہے اسے ورم مہبل کے باب میں بیان کیا گیا ہے

### نئی نموکے نتیجے میں ہونے والا سیلان

فرج اور مہبل میں ہونے والی نئی نموں فون تھیز رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے لیکن بچیوں میں یہ صورت بہت ہی کم دیکھی گئی ہے۔

مبغض کے GRANULOSA CELL TUMOUR میں سفید رنگ کی لطوبت خارج ہوتی رہتی ہے ساتھ ہی ساتھ غیر منظم طریقے پر جریان دم بھی ہوتا ہے اور بلوغت قبل از وقت (PRECOCIOUS PUBERTY) کی دوسری علامتیں بھی ہوتی ہیں۔

## بلوغت کے بعد ہونے والا سیلان

بالغ عورتوں میں طہٹ سے قبل یا طہٹ کے بعد طبعی سیلان ہوتا ہے اس کے علاوہ ایک عرصہ تک پٹری رہ جانے والی F.B. سوزا کی اور دوسرے غیر نوعی ENDOCERVICITIS تاکل عنق الرحم ہبیل کا یا TRICHOMONAL ECTROPION تعدیہ اشتقاق عنق الرحم کے ساتھ ہونے والا عنق الرحم کے غیر عمیدہ قروح۔ مثلاً رحم اور عنق الرحم کے درنی اور آتشلی بولیب اور MALIGNANT LESIONS بھی اس کا سبب بنتے ہیں۔

## طبعی سیلان

طہٹ سے قبل اور طہٹ کے بعد تک عنق الرحم اور غشاء مبطن رحم کے ارتشاح میں اضافہ ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں رطوبت کا اخراج زیادہ ہونے لگتا ہے لیکن باقی دنوں میں یہ کیفیت نہیں پائی جاتی۔

## F.B. کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

بعض عورتیں MASTERBATION کی عادی ہوتی ہیں اور اس کے پیرچھے وہ استعمال کرتی ہیں وہ اکثر ہاتھ سے پھسل کر اتار ہی رہ جاتی ہے جسے وہ نکال نہیں سکتیں اور شرم کی وجہ سے بتا بھی نہیں پاتیں اسی طرح اسقاط کرانے کی غرض سے بھی بہت سی چیزیں استعمال کی جاتی ہیں۔

بعض اوقات رحم کی وضع کو درست کرنے کے لیے DESSARIES استعمال کی جاتی ہیں۔ جن کے ایک عرصہ تک ہبیل میں پڑے رہنے کی وجہ سے زخم یا تعدیہ ہو سکتا ہے۔ آلات مانع عمل بھی بعض اوقات قبی ارتشاح کا سبب بنتے ہیں۔

## درم عنق الرحم سوزاکی حاد کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

اس کی تشخیص عنق الرحم سے لیے گئے SMEAR کی جانچ کے ذریعہ آسانی کی جاسکتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تحت الحلا یا مزمن تعدیہ کی حالت میں یہ جرائم SMEAR میں نہیں ملتے۔ درم عنق الرحم مزمن اور تامل عنق الرحم میں رطوبت مخاطی قیمی ہوتی ہے TRICHOMONAL اور MONILIAL INFECTION میں رطوبت ملتی۔ جھاگ دار سوزش پیدا کرنے والی اور مقدار میں زیادہ ہوتی ہے معائنہ کرنے پر ہبل کی دیواریں متورم نظر آتی ہیں FORNICES اور عنق الرحم پر سرخ رنگ کے دجے دکھائی دیتے ہیں۔ تازہ SMEAR کی جانچ کرنے سے صحیح تشخیص باآسانی ہو جاتی ہے۔

تامل اور غیر زنی درم مبطن عنق الرحم میں ارتشاح مسلسل بہت ہی زیادہ اور مخالی قیمی ہوتا ہے اور اس کا سبب سوزاکی تعدیہ یا زچگی کے دوران ہونے والا عنق الرحم کا انشقاق ہوتا ہے۔ اور دونوں کی ہشتری بھی ملتی ہیں

## ہبل اور عنق الرحم کے قروح غیر خبیثہ کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

ہبل میں پٹری رہ جانے والی پیری یاد دوسرے F.B. اور درم کا متورم مکمل عموماً ہبل میں ہونے والے زخم کا سبب بنتے ہیں۔ درن یا عنق الرحم کے آشکی یاد دوسرے زخم آخر میں FORNICES تک پہنچ سکتے ہیں۔ زخم سے ثانوی تعدیہ کے نتیجے میں بدبودار قیمی اور خون آمیز رطوبت خارج ہوتی ہے عنق الرحم میں ہونے والی مخاطی یا لیفی عضل بولیب MUCOUS AND FIBROMYOMATOUS POLYP کے نتیجے میں بھی قیمی رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی رہتی ہے۔ جب کسی بولیب میں زخم پیدا ہوتا ہے تو رطوبت خون آمیز اور بدبودار ہوتی ہے

## سرطان عنق الرحم کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

کینسر کے ابتدائی دنوں میں سیلان ایک علامت ہوا کرتی ہے لیکن گروتھ میں زخم پیدا ہو جاتا ہے تو ثانوی تعدیہ کے نتیجے میں رطوبت بدبودار اور خون آمیز ہو جاتی ہے۔

## سن یاس کے بعد ہونے والا سیلان

عنق الرحم یا جسم رحم کے سرطان، ورم ہسپل شیخوخی یا ورم غشاء بطن تقیع الرحم شیخوخی بولیپ تحت انفشار مخاطی میں ہونے والا سلف انقلاب الرحم کے نتیجے میں ہونے والا تھج عنق الرحم اور مبیض کے GRANULOSA CELL میں ہونے والے سلعات کے نتیجے میں سن یاس کے بعد سیلان ہو سکتا ہے سن رسیدہ عورتوں میں سرطان عنق الرحم سیلان کا سبب بنا سکتا ہے اس لیے سن یاس کے بعد اگر سیلان کے ساتھ جریان دم بھی ہو تو مکسل

### INVESTIGATION ضروری ہے

ورم ہسپل شیخوخی کی تشخیص منطاری معاینہ کے ذریعہ آسانی کی جاسکتی ہے اگر قیمی رطوبت خارج ہو رہی ہو اور تھوڑے تھوڑے وقفہ سے شدت کی صورت اختیار کر لیتی ہو تو اس سے تقیع الرحم شیخوخی کا پتہ چلتا ہے ایسی حالت میں رحم پھولا ہو اور لچکدار ہوتا ہے اور تھوڑے سے بھی CERVICAL DILATOR استعمال کرنے سے کافی مقدار میں رطوبت باہر نکل پڑتی ہے۔ ایسی حالت میں روزانہ رحم کو صاف کر کے گلیسرین اور ACRIFLAVIN کی پیکاری کریں اور پنسلین دیں۔

سن رسیدہ عورتوں کے احتشار عامہ میں خون کی رسد کم ہونے کی وجہ سے یا بعض اوقات ریڈیم یا DEEP X-RAY کی وجہ سے تحت انفشار مخاطی فائیر و مائیو ماسٹین پیدا ہو جاتا ہے۔ منطاری معائنہ کرنے پر NECROTIC POLYP بدبودار اور خون آمیز رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی دکھائی دیتی ہے PROCIDENTIA کے ساتھ ہسپل یا عنق الرحم میں زخم سن رسیدہ عورتوں میں اکثر پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں رطوبت بدبودار اور خون آمیز ہوتی ہے اگر زخم مندمل ہونے کے بجائے بڑھتا ہی جائے تو مر لیجنہ کو مکمل آرام کے لیے ہدایت کی جائے۔ ایلٹروجن دیا جائے اور GLYCERINE

ACRIFLAVIN مقامی طور پر استعمال کیا جائے سیلان کا ایک اہم  
سبب تو عی ورم ہبیل بھی ہے جس کے دو خاص اسباب ہو سکتے ہیں  
MONILIASIS اور TRICHOMONIASIS انہیں تفصیل کے ساتھ  
بیان کیا جا چکا ہے۔

### KRAUROSIS VULVA

یہ مرض ایسٹروجن کمی کے نتیجے میں ہوتا ہے ایسی حالت میں فرج میں ایسٹروجن شروع ہو جاتی  
ہے یہ مرض سن یا س ما اس کے بعد ہو سکتا ہے۔ لیکن کم سن عورتوں میں مینیس کے نکال دینے  
ریڈیم یا DEEP X-RAY کے نتیجے میں بھی ہوتا ہے کیونکہ دونوں حالتوں میں ایسٹروجن  
کی کمی واقع ہوتی ہے ایسی حالت میں سفراں کبیر و صفر کے معاطی سطحی کی بشرو پتلی ہو جانے  
کے نتیجے میں انسجہ نظر آنے لگتے ہیں۔ مدور اور پلازما غلیات INFILTRATION ہونے  
کے نتیجے میں یہاں پر تعد یہ پیدا ہو جاتا ہے اور آخر میں متورم حصوں میں فائبروسس (لیفی  
ساخت بن جانے) کی وجہ سے منفذ ہبیل میں تضیق پیدا ہو جاتی ہے

### علامات

مرض کے ابتدائی درجہ میں سرخ رنگ کے چھوٹے چھوٹے دھبے سفراں، منفذ ہبیل اور  
بظر پر پائے جاتے ہیں۔ مباشرت کے وقت ان میں درد ہوتا ہے۔ چند دنوں کے بعد اس  
حصہ میں سختی آجانے کے نتیجے میں دھیرے دھیرے منفذ ہبیل میں تضیق پیدا ہو جاتی ہے۔

### علاج

OESTROGEN (5-10 mg) بذریعہ انجکشن دیا جائے اور جب عوارض  
پر قابو پایا جائے تو ایسٹروجن ٹورڈنی طور پر دیا جائے۔

### LEUCOPLAKIA VULVA

”لیوکوپلیکیا“ یونانی لفظ ہے جس کے معنی ”سفید پلٹ“ ہیں یہ ایک مزمن ورم ہے

جس کے ابتدائی درجہ میں اجتماع درم ہوتا ہے اور آخر میں بشوہیں HYPER -  
TROPHY کے ساتھ تحت البشرہ ساخت میں غیر طبعی سختی پیدا ہو جاتی ہے  
اور ایسی حالت میں سرطان کے بھی امکانات ہوتے ہیں۔

## علامات

حکمت و سوزش اور DYSpareunia اس مرض کی خاص علامتیں ہیں۔ اس  
کے علاوہ فرج کی باہری سطح پر سفید دھبہ آتا ہے یا بعض اوقات دبیلے زعفران اور منفذ  
بحری بول کے علاوہ مکمل فرج اور عجان اور مقصد کے اطراف کی جلد پر اثر ہوتا ہے مرض کے  
ابتدائی درجہ میں یہ حصہ سرخ متورم اور خشک ہوتا ہے۔ بعد میں اس پر دراڑ اور زخم آجاتے  
ہیں جس کو چھونے پر رطوبت کے ساتھ خون بہنے لگتا ہے۔ مرض کے اس درجہ میں سرطان  
کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ مرض کے آخری درجہ میں شفران صغیر اور بظہر جزوی  
یا مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں اور فرج کا باقی حصہ سفید اور چکنا ہوتا ہے۔

## علاج

حکمت و سوزش کے علاج کے ساتھ ساتھ سرطان کی تشخیص بھی کی جائے۔ کیونکہ اس درجہ  
میں عموماً اس کے امکانات ہوتے ہیں۔

## حکمت الفرج

PRURITUS VULVA

یہ مرض مقامی اسباب، نموس، الرجک، استمالی یا باطن الافراز امور کے نتیجے میں ہو سکتا  
ہے عموماً رات کے وقت اس کی شدت میں اضافہ ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں نیند نہیں  
آتی بچیوں میں گندگی یا F.B. عام طور پر اس کا سبب ہوا کرتا ہے ایسی حالت میں فرج سرخ  
اور متورم ہو جاتی ہے۔ رطوبت بہنے کی وجہ سے وہاں پر خارش ہونے لگتی ہے بعض اوقات  
اس کے ساتھ ساتھ مقعد میں بھی خارش ہوتی ہے جس کا سبب کرم اعداء خصوصاً دوسلکیہ  
ہوا کرتے ہیں جس کی تشخیص معاینہ براز کے ذریعہ باسانی کی جاسکتی ہے۔

بلوغت کے بعد کا سبب عموماً TRICHOMONAL VAGINITIS یا



MONILIAL INFECTION ہی ہوتا ہے اس کے علاوہ درم عنق الرحم مزمن یا ناکل کے نتیجے میں ہونے والی حاد طبعی قیمی رطوبت بھی اس کا سبب ہو سکتی ہے بعض اوقات خراج یارٹولین کے مکمل طور پر ٹھیک نہ ہونے کے نتیجے میں ناسور SINUS بن جاتا ہے ایسی حالت میں قیمی کی وجہ سے بھی سوزش و خارش ہو سکتی ہے سن یاس کے بعد درم ہسٹل یوخی یا درم غشاء مبطن رحم سے خارج ہونے والی رطوبت کی وجہ سے بھی یہ مرض ہوتا ہے۔

KRAUROSIS اور LEUKOPLAKIA کے نتیجے میں بھی حرکت الفرج ہوتا ہے جس کا تذکرہ کیا جا چکا ہے

مقامی جلدی اسباب مثلاً PSORIASIS' LICHEN PLANUS جوین اور فنگس کے تعدیہ کے نتیجے میں بھی حرکت الفرج ہوتا ہے اس مرض میں مبتلا تمام عورتوں کے لیے بول کا معائنہ بہت ضروری ہے کیونکہ ذیابیطس بھی اس مرض کا ایک اہم سبب ہے غیر متوازن غذا مسلسل استعمال کرنے سے آگزیلیٹ اور یوریٹ کے ذرات میں اضافہ ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں پیشاب کی تیزابیت بھی بڑھ جاتی ہے جو حرکت الفرج کا سبب بنتی ہے بعض اوقات پسینہ زیادہ پھلنے کے نتیجے میں پیشاب کاڑھا ہو جاتا ہے جو اکثر حرکت الفرج کا سبب بنتا ہے۔ اگرچہ بک' باطن الافراز اور عصبی امور کے بارے میں صحیح طور پر کچھ نہیں نہیں جاسکتا اسی لیے اسے IDIOPATHIC PRURITUS کہا جاتا ہے

## علاج

IDIOPATHIC قسم کے علاوہ تمام قسم کا علاج آسان ہے لیکن بہتر یہی ہے کہ مینڈلانے والی دواؤں رات کو ضرور دی جائیں تاکہ مرینڈہ اچھی طرح سو سکے اس سے دو فائدے ہیں ایک تو یہ کہ رات بھر سونے کی وجہ سے مرینڈہ اپنے آپ کو پہلے سے بہتر محسوس کرتی ہے۔ دوسرے رات بھر نہ کھانے کی وجہ سے جلد کے درمی کیفیت میں بھی مدد حاصل شروع ہو جاتا ہے۔

فرج کی تکمید کی جائے۔ مرینڈہ کو ہدایت کی جائے کہ غسل اور تکمید کے بعد فرج کو اچھی طرح خشک کر لیا کرے لیکن جلد کو کھڑنے سے پرہیز کرے۔ اس کے بعد فرج پر

CALAMINE لوشن لگائے اور اسے دس پندرہ منٹ تک کھلا ہوا رہنے دیا جائے تاکہ لوشن خشک ہو جائے اس کے علاوہ PROCAINE یا SALICYLIC OINTMENT استعمال کیا جائے اور رگڑے پیچنے کے لیے ڈھیچلے کپڑے پہنائے جائیں۔

اس مرض میں درجہ ذیل لوشن بھی استعمال کیا جاسکتا ہے

TAB. ANTISTINE	5
MENTHOL	gr 3
ZINC OXIDE	dy 2
LANOLINE	dy 2
OIL OLIVAE	dy 2
LIQ. CALCIS	dy 2

یا درجہ ذیل نسخہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

PHENOL	gr 5
GLYCERINE	dy $\frac{1}{2}$
AQNA	(oz)

بعض اوقات حکمتہ الفرج و دامن اے اور بی کی یا اتوارم انیمیا کے نتیجے میں بھی ہوتی ہے اس کے علاوہ بعض عورتوں میں حدت دم بھی اس کا سبب ہو کر رہتا ہے لہذا انیمیا ہونے کی حالت میں فولاد کے مرکبات اور قلت حیاتین کی حالت میں مناسب دامن دیے جائیں IDIOPATHIC اور حدت دم کی صورت میں درج ذیل دطین دیں۔

لعاب بہدانہ۔ شیریہ عناب۔ عرق شاہتو میں تیار کر کے شربت نیلو فر ملا کر صبح و شام پلائیں۔ اگر مندرجہ بالا نسخہ کے مسلسل استعمال سے سویرہمک خشکایت پیدا ہو جائے تو مندرجہ بالا نسخہ شیریہ بادیاں۔ عرق شاہتو۔ خمیرہ بنفشہ کے ہمراہ پلائیں یا یہ نسخہ دیں۔

شاہتو۔ چراستہ۔ سرسہو کہ۔ منڈی۔ برادرہ مندل۔ بلیہ سیاہ۔ عناب۔ ان

دواؤں کو رات کو گرم پانی میں تر کریں صبح کو مل چھان کر شربت خیلو فرملا کر پلائیں۔

ہندی کی پتیوں کا TEI کریں اور لعاب بہدادہ لعاب اسپنول مسلم یا تخم حطی کے چوشاندہ سے مہارت کریں۔ مندرجہ ذیل ہر سیرہ پلائیں۔

مغز تخم کدو سیریں۔ مغز تخم تر بوڑ۔ مغز بادام شیریں مقشر ان سب کو پانی میں پیس کر کشیر و گاؤ۔ نبات سفید اضافہ کر کے پکائیں اور ہر سیرہ بن کر پلائیں۔

## وجع الظهر

BACKACHE

پشت و کمر کے درد کی شکایت اکثر عورتیں کیا کرتی ہیں لیکن یہ بات دھیان میں رہنی چاہیے کہ اس کا سبب صرف عضو تناسل ہی تک محدود نہیں ہوتا عام طور پر وجع الظهر سے مراد یہ ہے کہ فقرانی اسطوان کے کسی بھی حصہ میں درد ہو لیکن نسائیات اذقبا لیا کی اصطلاح کے لحاظ سے وجع الظهر سے مراد قطنی بجزی (LUMBO-SACRAL)

حصہ کا درد ہے۔ پھر بھی جب بھی کوئی مرابطہ وجع الظهر کی شکایت کرے تو معالج کا فرض ہے کہ اس کے تمام ممکنہ اسباب کو مد نظر رکھتے ہوئے تشخیص و تجویز کرے کیونکہ اس درد میں احشائے عانہ کے امراض میلان (DISPLACEMENT) غلطی اسباب کلنٹین اور جالین سے متعلق اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔ یہ درد بعض اوقات صرف ایک ہی جگہ تک محدود رہتا ہے اور بعض اوقات کولہوں اور رانوں تک پھیل جاتا ہے مریض کی مکمل ہسٹری معلوم کرنے سے تشخیص میں بہت مدد ملتی ہے نسائیات کے اعتبار سے یہ درد عانہ میں ہونے والے اجتماع دم UTERAL LIGAMENT کا کھینچاؤ و رید و اعصاب پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں ہو سکتا ہے وضع حمل کے بعد کا درد

SACRO ILIAC JOINTS اور عصب (COCCYX) ہی تک محدود رہتا ہے اگر کلوی تولیخ کی ہسٹری ہو یا کوئی دوسری علامتیں موجود ہوں تو اس سے نظام بول کے متاثر ہونے کا پتہ چلتا ہے اسی طرح فقرات پر چوٹ لگنے کی ہسٹری سے غلطی حالت کا بھی اندازہ لگایا جاتا ہے۔ ذیل میں ہر ایک تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا رہا ہے

## سوانی اسباب GYNAECOLOGICAL CAUSES

### ۱. رحم کا غیر صحیحیدہ اور متحرک خلفی میلان

بعض اوقات رحم کے متحرک اور غیر صحیحیدہ خلفی میلان (DISPLACE-MENT) کے ساتھ ساتھ کمر میں درد بھی ہوتا ہے جو رحم کی وضع کو درست کرنے والی پیسری کے استعمال کے بعد ختم بھی ہو جاتا ہے لیکن ایسی حالت میں درد کے صحیح سبب کا پتہ لگانا بہت ضروری ہے کیونکہ بعض عورتوں میں اس کے عقلی اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔

### ۲. عانی تعدیہ

اگر جوف عانہ میں کوئی تعدیہ ایک عرصہ تک قائم رہے تو اس کے نتیجے میں عانیہ اجتماع دم ہوتا ہے جس کے ساتھ ساتھ خلفی PARIETIES سے التاق ہونگی وجہ درد ہوتا ہے ایسی حالت میں مرینہ صرف درد کی شکایت کرتی ہے حالانکہ درد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔

### ۳. عانہ میں ہونے والی نمی نمو

یوں تو سلعات کی وجہ سے کمر میں درد ہونے کے متعدد اسباب ہوتے ہیں لیکن ان میں ہونے والی احتقانی صورت ہے اس کے علاوہ FIBROMYOMATA یا کلسہ کے نتیجے میں اعصاب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے بھی کمر میں درد ہوتا ہے اسی طرح سلعات خبیثہ کی وجہ سے عانہ کے النجہ اور ہڈیوں میں INFILTRATION ہونے کے نتیجے میں بھی کمر میں درد ہوتا ہے۔

### ۴. عنق الرحم میں ہونے والی غیر خبیثہ تبدیلیاں

بعض اوقات یہ دیکھا گیا ہے کہ تاکل یا درم عنق الرحم مزمن کے ساتھ جمیع الظہر

میں مبتلا عورتوں کا ELECTROCOAGULATION کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد یہ تکلیفیں تو ختم ہو گئیں لیکن درد کی شکایت بدستور باقی ہے

۵۔ بعض عورتوں میں طٹ شروع ہونے سے دو چار دن قبل کمر میں بھی درد ہوتا ہے

ایسی حالت میں صرف ANALGESIC اور TRANQUILIZER سے ہی آرام ہو جاتا ہے

۶۔ نٹور (DROLAPSE) کے نتیجے میں بھی شدید درد ہو سکتا ہے۔

## عظمی اسباب ORTHOPAEDIC CAUSES

### 1. STRAIN ON LIGAMENT

بعض اوقات قطنی عجزی اور SACRO ILIAC رباط کے تھکاوٹ کے نتیجے میں بھی درد ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں یہ رباط عضلات کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں اور مفاصل کی وضع کو قائم رکھتے ہیں لیکن جب عضلات میں کسی سبب سے خلل پیدا ہو جاتا ہے تو اس کے نتیجے میں رباط اور JOINT CAPSULES میں تناؤ پیدا ہو جاتا ہے ایسی حالت میں درد خفیف بھی ہو سکتا ہے اور شدت کے ساتھ بھی مرض کے ابتدائی دنوں میں صبح جلدی اٹھ جانے سے عموماً درد نہیں ہوتا لیکن دن کے وقت ہو جاتا ہے جو تھکاوٹ کی حالت میں اور شدت اختیار کر لیتا ہے لیکن BACK SUPPORT کی وجہ سے آرام ملتا ہے صبح غلام ملنے اور زچگی کے بعد آرام نہ کرنے سے وجہ سے درد بڑھتا ہی جاتا ہے۔

### SPONDYLOLISTHESIS

ایسی حالت میں درد بلوغت کے ابتدائی دنوں میں ہوتا ہے۔ مرلینہ پشت کے زیریں حصہ میں درد کی شکایت کرتی ہے جو بعض اوقات شدت کی صورت اختیار کر لیتا ہے خصوصاً اٹھتے وقت بہت ہی زیادہ ہوتا ہے پانچویں قطنی فقرہ کے اوپر ایک دباؤ سا ہوتا ہے جو بعض اوقات بہت ہی نمایاں ہوتا ہے۔

X-RAY کے ذریعہ معائنہ کرنے پر DISPLACEMENT کا پتہ چلتا ہے جو جانبی حصہ میں خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

#### SACRO-ILIAC INFLAMMATION

یہ تکلیف عموماً ایک ہی جانب ہوا کرتی ہے ایسی حالت میں شدت کے ساتھ یکساہرگی درد شروع ہوتا ہے یہ درد بتدریج ختم تو ہو جاتا ہے لیکن آخر میں مزمن درد کی شکل میں باقی رہتا ہے درد تکان کے بعد بڑھتا ہے لیکن آرام کرنے کے بعد ختم ہو جاتا ہے معائنہ کرنے پر SACRO ILIAC JOINT پر مرض کی علامت ملتی ہے X-RAY عام طور پر ٹیکٹیو ہی ہوتا ہے یا بعض اوقات مفصل کے نزدیک مصلابت آجاتی ہے

#### ۱۲۔ ورم مفاصل فقرات

یہ مرض عام طور پر سن رسیدہ عورتوں میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات ایسی حالت میں کر کے درد کے ساتھ ساتھ SCIATICA بھی ہوتا ہے جو آرام کرنے کے بعد زیادہ محسوس ہوتا ہے لیکن چلتے پھرنے کے بعد کم ہو جاتا ہے ایکس رے کے ذریعہ معائنہ کرنے پر مفاصل کے کناروں پر ہونے والے غروف میں مصلابت اور اہمواری پائی جاتی ہے۔

#### ۱۵۔ INTERVERTEBRAL DISC LESION

ایسی حالت میں فقرات کے درمیان ہونے والے DISC کے خلفی یا خلفی جانبی حصہ میں SPINAL NERVE کے چھو جانے کے نتیجے میں وضعی القطن (LUMBAGO) یا عرق انسا (SCIATICA) ہوتا ہے لیکن ایکس رے رپوٹ عموماً منفی ٹیکٹیو ہی ہوتی ہے عرق انسا کے ساتھ اگر DISC LESION بھی ہوں تو علامتیں بہت نمایاں ہوتی ہیں اور عورتوں میں معائنہ کرنے پر فقرات میں ہونے والی علامتیں مثلاً مقامی TENDERNESS عضلات میں سختی اور بعض اوقات تشوہ (DEFORMITY) مثلاً فقرات کی جانبی خمیدگی SCIATICTIC

SCOLIOSIS موجود ہوتی ہیں۔ جتنی حرکتی اور انکاسی  
افعال پر بھی اثر پڑتا ہے پشت کی ریاضت اور BACK SUPPORT کے  
ذریعہ علاج کیا جاسکتا ہے اگر حسب معمول علاج سے افادہ نہ ہو تو بریکل ٹریٹمنٹ کریں۔

## RENAL CAUSES

## کلوئی اسباب

### ۱۔ کلوئی تعدیہ

عورتوں میں کمر کے درد کا سبب عموماً PYELITIS ہی ہوتا ہے جو حاد  
بھی ہو سکتا ہے اور مزمن بھی اس کے علاوہ رن کلوئی کے نتیجے میں بھی کریں درد ہو سکتا ہے۔

### ۲۔ حصّۃ کلوئی

گردہ میں پتھری ہونے کے نتیجے میں کریں درد ہو سکتا ہے لیکن جب یہ پتھری عانہ  
کے حلقہ میں ہوتی ہے تو غالب میں تسدید کی وجہ سے کلوئی قوچ کا سبب بنتی ہے۔

### ۳۔ HYDRONEPHROSIS

یہ مرض غالب کے انسداد کے نتیجے میں ہوتا ہے اس کے علاوہ MOBILE  
KIDNEY یا سرطان عنق الرحم یا سرطان میض کی وجہ سے رباط  
مریضہ میں ہونے والے MALIGNANT INFILTRATION کے نتیجے  
میں غالبیں مشاثر ہوتے ہیں اور اس کی وجہ سے بھی کریں درد ہوتا ہے۔

معدرہ بالا اسباب کے علاوہ بعض عورتوں میں حمل کے آخری مہینوں میں یا بعض  
اوقات وضع حمل کے بعد بھی کریں درد ہوا کرتا ہے جس کا سبب قلت تغذیہ کے  
نتیجے میں ہونے والی کمزوری ہے۔

## علاج

اسباب کے اعتبار سے علاج کیا جائے۔

چودھواں باب

# میلان بتور اور انقلاب الرحم

INVERSION اور PROLAPSE DISPLACEMENT

## میلان الرحم

DISPLACEMENT OF UTERUS

طبعی حالت میں رحم جوف عانہ کے درمیان فی حصہ میں محام عانی اور عجز کے درمیان ہوتا ہے اور بہت سی ساختوں کے سہارے اسی وضع میں قائم رہتا ہے۔ علق الرحم مہبل سے ملی کر روز آند قائمہ بناتی ہے چنانچہ جب یہ زراویر سامنے کی جانب بنتا ہے تو تحویل قد امی (ANTEVERSION) اور جب رحم کا میلان پیچھے کی جانب ہوتا ہے تو اسے تحویل خلفی (RETROVERSION) کہا جاتا ہے۔ یعنی جب علق الرحم کی لوک پیچھے کی جانب ہوتی ہے تو ANTEVERSION اور جب سامنے کی جانب ہوتی ہے تو RETROVERSION کہا جاتا ہے۔

## میلان خلفی BACKWARD DISPLACEMENT

- RETRO POSITION

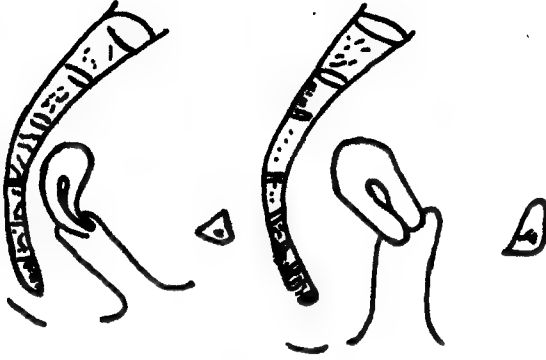
ایسی حالت میں مکمل رحم عجز کی جانب مٹرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ صورت خلفی طور پر ہوا کرتی ہے اور عام طور پر رحم کے صحیح طور پر تکمیل (ڈیولپ) نہ ہونے کی صورت میں پائی جاتی ہے۔

نوزائیدہ بچوں میں رحم اور ANTIFLEXED اور RETROPOSED

ہوتا ہے۔ یہ صورت اکثر بلوغت کے بعد بھی باقی رہتی ہے۔ ایسی حالت میں کوئی علامت عوارض نہیں ہوتے اور اس کے لیے کسی علاج کی بھی ضرورت نہیں ہوتی۔ اگر رحم کے سامنے

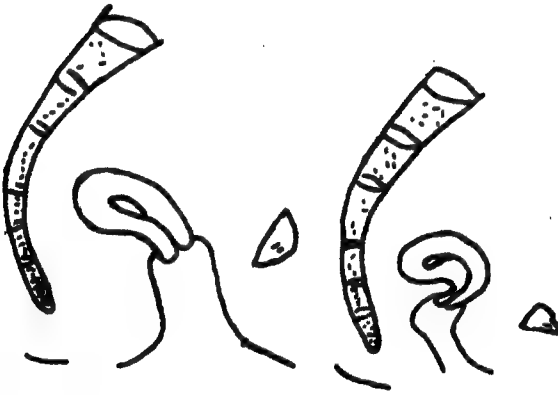


کے حصہ میں کوئی سلعہ ہو تو اس کے دباؤ کی وجہ سے بھی رحم پیچھے کی جانب خمیدہ ہو جاتا ہے۔



A- Retroversion

B- Retroversion ۲۲



A- Retroflexion

B- Acute Retroflexion ۲۲

## خلفی خمیدگی اور تحویل خلفی

### RETROVERSION & RETROFLEXION

رحم کے میلان خلفی کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ پہلی قسم کو MOBILE کہا جاتا ہے جسے دستکاری کے ذریعہ درست کیا جاسکتا ہے۔ دوسری قسم وہ ہے جس میں رحم کی پچھلی

سطح کسی ساخت سے چپي ہوئی ہوتی ہے اور اسے دستکاری کے ذریعہ درست نہیں کیا جاسکتا اس قسم کو **FIXED RETROVERSION** کہتے ہیں۔

#### MOBILE RETROVERSION & RETROFLEXION

اس کی درج ذیل چار قسمیں ہوتی ہیں۔

### ۱. خلقی

یہ دیکھا گیا ہے کہ تقریباً ۲۰ سے ۳۰ فیصد عورتوں کا رحم **RETROVERTED** ہی ہوتا ہے۔ اور اس کے باوجود بھی کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی۔ صرف دودستی معائنہ کے وقت ہی اس کا پتہ چلتا ہے۔ ایسی حالت میں عام طور پر رحم کا سائز نارمل ہی ہوتا ہے لیکن بعض اوقات **UNDER DEVELOPED** بھی ہوتا ہے۔

### ۲. وضع حمل کے بعد ہونیوالا **MOBILE RETROVERSION**

بعض اوقات یہ صورت نفاس کے دوران پیدا ہو جاتی ہے چونکہ وضع حمل کے وقت رحم کا زیریں **SEGMENT** پھیل کر پتلا ہو جاتا ہے اور یہ کیفیت نفاس کے ابتدائی دنوں میں بھی باقی رہتی ہے جبکہ رحم کی دیواریں دبیز ہوتی ہیں۔ لہذا اس دباؤ کی وجہ سے یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور جب رحم سکڑ کر چوڑی عان میں رکتا ہے تو اس کا بالائی وزن **SEGMENT** عجز کے خالی حصہ میں گر جاتا ہے۔ اور جب رحم **RETROVERTED** ہوتا ہے تو بطن کا اندرونی دباؤ رحم کی قدامی سطح پر پڑتا ہے اور رحم کو قدامی وضع میں آنے سے روکتا ہے۔

### ۳. سلعات عانی کے ساتھ ہونے والا میلان خلقی

اگر رحم کی خلقی دیواریں کوئی **FIBROMYOMA** پیدا ہو جائے تو اس کے وزن کی وجہ سے رحم پیچھے کی جانب کھینچ جاتا ہے۔ اسی طرح کوئی بھی بڑی کیکہ رحمی، رحم کو پیچھے کی جانب ڈھکیل دیتی ہے۔

## ۳۔ بتور اعضا متاسل کے ساتھ ہونے والا میلان خلفی

یہ دیکھا گیا ہے کہ بتور الرحم کے ابتدائی درجہ میں رحم تیزی کے ساتھ RETROVER-  
TED- ہوتا ہے چلا جاتا ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں رحم اور مثانہ کے درمیان ہونے  
والا خلا اور مثانہ پر بطن کا اندرونی دباؤ براہ راست پڑنا ہے۔

## عوارض

کنواری عورتوں میں RETROVERSION خلفی ہی ہوتا ہے اور عموماً اس  
کی کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی۔ لیکن اگر رحم کی نشوونما صحیح طریقہ پر نہ ہو تو عسر طث قنبی  
کی شکایت ہو جاتی ہے۔ لیکن جہاں تک ممکن ہو دستکاری کے ذریعہ درست کرنے سے  
پرہیز کیا جائے۔

معدوم الحمل عورتوں میں DYSpareunia ' عقر اور کثرت طث  
کی شکایت ہوتی ہے۔ DYSpareunia کی وجہ سے قصب  
کا دخول صحیح طریقہ پر نہیں ہو پاتا۔ جس کے نتیجے میں عقر ہوتا ہے لیکن اگر UNDER-  
DEVELOPED- رحم میں RETROVERSION کی صورت پیدا ہو جائے  
تو اس سے عقر کے امکانات نہیں ہوتے۔

PAROUS عورتوں میں طثی عوارض، ثانوی عسر طث ثانوی عقر اور وجع الظہر  
کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ عوارض نکوص خفیف کی وجہ سے اور شدت اختیار کر لیتے ہیں۔ رحم  
کے پیچھے کی جانب گر جانے کی وجہ سے خون کی واپسی میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے جس کے نتیجے  
میں عانہ میں اجتماع دم ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں کثرت طث، قوا تر طث، عسر طث اتقانی،  
وجع الظہر اور عانی عوارض ہوتے ہیں۔

## علامات

عق الرحم سامنے اور نیچے کی جانب ہوتی ہے لیکن جب رحم میں ACUTE  
RETROFLEXION ہوتا ہے تو یہ پشت کی جانب مڑا ہوا ہوتا ہے۔ رحم UNDER

DEVELOPED نارمل یا پھولا ہوا ہو سکتا ہے۔ یہ بات ذہن میں ہونی چاہیے کہ RETROVERTED پوزیشن میں ہونے والا رحم سائز میں بڑا محسوس ہوتا ہے لیکن ANTEVERTED پوزیشن میں سائز نارمل ہی محسوس ہوتا ہے۔ دستکاری کے ذریعہ درست کرتے وقت یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ ضرب و عورتوں میں یا جن میں بھری مہبل بہت زیادہ گہری ہوتی ہے رحم کو سامنے کی جانب لانا مشکل ہوتا ہے۔ لہذا ایسی حالت میں اسے FIX یا التاقی (ADHERENT UTERU) نہ سمجھ لینا چاہیے۔ اور تحذیر عمومی کے بعد ہی اسے درست کرنا چاہیے۔

## علاج

نکوص (امواج) خفیف کے نتیجے میں ہونے والے RETROVERSION کی حالت میں POST-NATAL CARE کے اصولوں پر عمل کیا جائے اور نفاس کے دوران اچھی طرح نگہداشت کی جائے۔ زچہ کو ہدایت کی جائے کہ وہ مثانہ کو مقررہ وقفے سے خالی کرتی رہے اور دن میں دو بار دس منٹ تک بستر پر پیٹ کے بل لیٹی رہا کرے۔ وضع حمل کے بعد ایک ہفتہ تک تھوڑی دیر کے لیے KNEE-CHEST پوزیشن میں بھی رہا کرے۔ معالج کو چاہیے کہ وضع حمل کے بعد دو ایک بار مہبل معائنہ کے ذریعہ رحم کی کیفیت معلوم کرے۔ اگر رحم RETROVERTED ہو تو اسے درست کر کے کوئی مناسب پیسری داخل کر دی جائے۔ اور اسے ایسی حالت میں کئی ہفتہ تک رہنے دیا جائے۔

رحم کی وضع درست کرنے کے لیے دو قسم کی پیسری استعمال کی جاتی ہیں انہیں HODGE اور SMITH TYPE کہا جاتا ہے۔

## پیسری استعمال کرنے کا طریقہ

خلوہ مثانہ کے بعد مریض کو LITHOTOMY POSITION میں لٹایا جائے۔ پھر داہنے ہاتھ کی دو انگلیوں (سبابہ اور وسطی) کو POSTERIOR FORNIX میں داخل کر کے دوسرے ہاتھ کو SUPRAPUBIC REGION پر رکھا

جائے پہلے داہنے ہاتھ کی انگلیوں کی مدد سے بطن کی دیوار کو نیچے کی طرف دیا یا جائے جب رحم مستحکم ہو جائے تو داہنے ہاتھ کی انگلیوں کو POSTERIOR FORNIX سے ANTERIOR FORNIX میں لایا جائے اور انگلیوں کی مدد سے عقی الرحم کو آگے اور پیچھے کی طرف دیا کر رحم کو ANTEVERTED پوزیشن میں لایا جائے۔ بعض اوقات رحم کی وضع کو درست کرنے کے بعد فوراً ہی وہ پھر اپنی اصلی حالت پر آ جاتا ہے۔ اس لیے ضروری ہے کہ دونوں ہاتھوں کو اسی وضع میں کچھ دیر تک رکھا جائے اور رحم کی مائش کی جائے تاکہ وہ اپنی جگہ پر مستحکم ہو جائے۔ اگر بطن کی دیواریں ڈھیلی ہوں تو



۳۵ RETROVERTED UTERUS کو درست کرنے کا طریقہ

۲۸



۳۶۔ پیسری کے استعمال کا طریقہ



۳۷۔ پیسری کی صحیح وضع

صرف انگلیوں کے ذریعہ پھر اگر رحم کی وضع کو درست کیا جاسکتا ہے۔ مریضہ کے فربہ ہونے کی حالت میں SIMS POSITION یا GENU PECTORAL POSITION میں لٹا کر VAGINAL MANIPULATION کے ذریعہ رحم کی وضع درست کی جاسکتی ہے۔ اگر مندرجہ بالا طریقے پر رحم کی وضع درست نہ ہو سکے تو VULCELLUM استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ طریقہ بہت ہی زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔

## پیسری کا استعمال

پیسری کی سائز کا تعین کرنے کے لیے معالج کو چاہیے کہ سبار کو POSTERIOR FORNIX میں داخل کر کے مہبل کی لمبائی معلوم کرے۔ اس کے بعد اس میں نصف انچ لحام عائی کی دھات کا حصہ کم کر دے۔

پیمائش کرنے کے بعد پیسری کو داہنے ہاتھ کی سبار اور وسطی سے پکڑ کر اور بائیں ہاتھ کی سبار اور وسطی سے مہبل کی پچھلی دیوار کو دبایا جائے۔ جب نصف سے زیادہ پیسری اندر داخل ہو جائے۔ تو اسے اس طرح گھمایا جائے کہ وہ افقی پوزیشن میں ہو اور اس کا خمیدہ حصہ سامنے کی جانب ہو۔

اگر پیسری کی سائز صحیح ہو اور صحیح طریقے پر لگائی گئی ہو تو اس سے مریضہ کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ مہبل میں پیسری اس طرح رکھی جاتی ہے کہ اس کے جانبی کناروں اور مہبل کے درمیان سے انگلی گزرنے کے مندرجہ ذیل حالتوں میں پیسری کا استعمال مناسب نہیں ہے۔

- ۱۔ جبکہ نتور بیض POUCH OF DOUGLAS میں ہو۔
- ۲۔ جبکہ ماکل ہو یا ENDOCERVICITIS کے ساتھ شدید قسم کا سیلان ہو۔
- ۳۔ جبکہ عجان بہت نرم اور ڈھیلا ہو۔
- مندرجہ ذیل حالتوں میں سر جیکل ٹریٹمنٹ ضروری ہے۔
- ۱۔ جبکہ رحم کی اتساق (ADHESION) کے ذریعہ FIX ہو۔
- ۲۔ MOBILE RETROVERSION کے لیے مندرجہ ذیل حالتوں میں سر جیکل ٹریٹمنٹ ضروری ہے

# 1. DYSPARAUNIA خصوصاً جبکہ DOUGLAS POUCH

میں متور بیض ہو۔

۲۔ عقم میں مبتلا ان مریضہ میں جن کے بارے میں یہ یقین ہو جائے کہ عنق الرحم کے اپنی جگہ پر نہ ہونے کے نتیجے میں حیوانات منورہ جری عنق الرحم میں داخل نہیں ہو پاتے۔

۳۔ DYSPARAUNIA کی ان مریضہ میں جن کے لیے تمام طریقہ علاج میں ناکامیابی ہوئی ہو۔

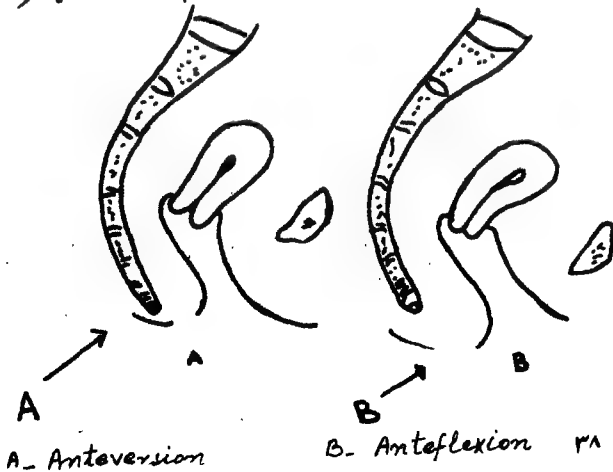
۴۔ وضع النظم اور عانی عوارض جن میں میسری کے استعمال کے بعد افادہ ہوا ہو۔

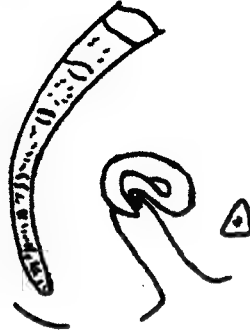
## میلان قدائی FORWARD DISPLACEMENT

مشاد کے خالی اور پر ہونے کے نتیجے میں رحم کی اس وضع میں تبدیلی ہوئی ہوتی ہے۔  
حل کے ابتدائی دنوں میں رحم ANTEVERTED اور ANTEFLEXED ہوتا ہے۔

## قدائی خمیدگی ANTEFLEXION

یہ صورت عام طور پر خلقی اور اعضاء متاسل کے صحیح طور پر ڈیولپ نہ ہونے کے ساتھ ہوتی ہے اور ایسی حالت میں ظاہر ہونے والے عوارض عرطش تشنجی، طویل وقفہ کے ساتھ سوجنے والا قلت طرٹ اور ابتدائی عقر ہیں۔ اس وضع میں عنق الرحم سامنے کی جانب مڑ جاتی ہے۔





Acute Antelexion ۲۹

اور اس کی شکل مغزوطی ہوتی ہے۔ فم ہسلی مکمل طور پر بند ہوتا ہے ہسلی کی لمبائی کم ہوتی ہے اور FORNICES سطحی ہوتے ہیں ACQUIRED ANTELEXION بہت ہی کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات رحم کی پھیلی سطح پر کسی بڑی ٹیومر کے دباؤ کے نتیجے میں ہو سکتا ہے ایسی حالت میں رحم سامنے کی جانب مڑ کر لحام عانی کے سامنے آجاتی ہے۔

آپریشن کے بعد ہونے والا ACUTE ANTELEXION

بعض اوقات UTEROSACRAL LIGAMENT کے چوٹے ہونے یا CERVICOPEXY کے نتیجے میں بھی یہ مرض ہوتا ہے۔

#### ANTEPOSITION

جب POUCH OF DOUGLOS میں خون یا قلع اکٹھا ہوجاتی ہے یا جوف عانہ میں کوئی نئی گروٹہ مثلاً سلیقی (FIBROMYOMA) اور کیسہ میضی کا دباؤ POUCH OF DOUGLOS پر پڑتا ہے تو رحم، عنق الرحم کے ساتھ سامنے کی جانب جھک آتا ہے ہسلی معائنہ کرنے پر عنق الرحم بہت ہی دقت کے ساتھ لحام عانی کے پیچھے محسوس ہوتی ہے اور جسم رحم درم کے اوپر ہی حصہ پر ٹسکا ہوا ہوتا ہے۔



## میلان جانبی LATERAL DISPLACEMENT

### رحم کی جانبی خمیدگی اور تحویل جانبی

LATERAL VERSION اور LATERAL FLEXION

طبعی حالت میں بھی رحم اکثر تھوڑا LATERAL VERSION میں ہوتا ہے۔ اور یہ صورت باتیں جانب کی بہ نسبت داہنی جانب اس لیے زیادہ ہوتی ہے کہ بائیں جانب قولون اور مقعد کے ہونے کی وجہ سے اسے جگہ کم مل پاتی ہے۔ رحم کے LATE-RAL FLEXION میں غیر باردار ہونے کی حالت میں عموماً کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی۔ لیکن حمل کے ابتدائی مہینوں میں بطن کے زیریں حصہ میں درد ہوتا ہے جس سے اکثر حمل متنبذ، یا TWISTED OVARIAN CYST کا شک ہوتا ہے۔ اس کے مجوس ہونے کی حالت میں استعاط ہو جاتا ہے۔

### ۱. LATEROPOSITION

رحم کی معمولی جانبی خمیدگی طبعی ہی ہوتی ہے۔ بعض اوقات UNILATERAL PARAMETRITIS جس کے ساتھ ساتھ رباط عریض میں بڑھتی ہوئی نائبروس بھی ہو، رحم کو اپنی جانب کھینچ لیتا ہے۔ اسی طرح رباط عریض میں کسی MASS کے ہونے کی وجہ سے رحم مخالف جانب کھینچ جاتا ہے۔ رباط عریض کے وہ امراض جن میں رحم مخالف جانب مڑ جاتا ہے سلعو دمویہ (HAEMATOMA) کیسہ (CYST) اور سلعو بیفی (FIBROMYOMA) ہیں۔

### ELEVATION OF UTERUS

رحم عاز کی سطح سے اوپر CERVICAL FIBROID HAEMATOCOLPOS

اور وہ مرضی صورتیں جو ANTEPOSITION میں درج کی گئی ہیں ان کے نتیجے میں بھی رحم عانہ سے اوپر اٹھ آتا ہے۔

## تور اعضا تناسل

### GENITAL PROLAPSE

یہ مرض کسی بھی عمر میں ہو سکتا ہے۔ لیکن عام طور پر سن یا اس یا اس کے بعد اور PAROUS عورتوں ہی میں عموماً یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ علائکہ NUL- اور کنواری عورتیں بھی اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں۔ کسی میں شادی اور بار بار اسقاط ہونے کی وجہ سے نوجوان عورتیں بھی اس مرض میں مبتلا ہو سکتی ہیں۔ محنت و مشقت کا کام کرنے والی عورتوں کو یہ مرض زیادہ ہوتا ہے

### PHYSIOLOGY OF PELVIC FLOOR

رحم اور دیگر اجزاء تناسل کی وضع کا انحصار بہت کچھ LEVATOR ANI MUSCLE کے افعال اور سالمیت پر ہے۔ کیونکہ بعض کے اندرونی دباؤ کے کٹرول کا انحصار دایا فرغما عانی (PELVIC DIAPHRAGM) بطن کے عضلات دایا فرغما صدری (THORACIC DIAPHRAGM) پر ہوتا ہے۔ جب بطن کا اندرونی دباؤ ٹھہرتا ہے تو LEVATOR ANI بہت تیزی کے ساتھ سکڑتا ہے۔ اور رحم کو نیچے اترنے سے روکنے کے لیے درج ذیل تبدیلیاں وجود میں آتی ہیں۔

۱۔ خلفی وضع میں LEVATOR (STRONG POSTERIOR SEGMENT)

PLATE جس کے اوپر رحم اور مہبل عموماً ٹھہرے ہوئے ہوتے ہیں تھوڑا اوپر چڑھ کر چوڑا ہوتا ہے تاکہ عنق الرحم کو نیچے اترنے سے روک سکے۔

۲۔ قدامی وضع میں PUBORECTAL MUSCLE کے ذریعہ

بننے والا LATERAL CRURA تناسلی HIATUS کے عرضی قطر میں تضیق پیدا کر دیتا ہے۔

۳۔ HIATUS کا قدامی خلفی قطر PUBORECTALIS MUSCLE

کے پھیلنے کناروں کے اوپر اٹھ جانے کے نتیجے میں جھجھوٹا ہوتا ہے جس کی وجہ سے  
 مقعد کے گرد ایک SLING بن جاتی ہے۔ NULLIPAROUS  
 میں دایا فرعاعانی محفوظ رہنے کی وجہ سے LEVATOR ANI MUSCLE  
 کے مختلف حصوں میں انقباض پیدا ہوتا ہے۔ جو اشار عانہ کو اچھی طرح سہارا دیتا ہے  
 یہی وجہ ہے کہ NULLIPAROUS میں تو اس وقت ہوتا ہے جب ان کے  
 عانی دایا فرعاعلی طور پر کمزور ہوں PAROUS عورتوں میں PUBORECTALIS  
 MUSCLE وضع حمل کے وقت پھیلتا ہے۔ اس لیے ان میں GENITAL  
 HIATUS معدوم الحمل عورتوں کی مانند نہیں ہوتا۔ یہی وجہ ہے کہ جب تک جنسی اعضاء  
 کے تشریحی SUPPORT میں کمزوری نہ آجائے تو واقعہ نہیں ہوتا۔ کمزور فرش  
 عانہ بطن کے اندرونی دباؤ کو برداشت نہیں کر پاتا۔ جس کے نتیجے میں رحم اور مہبل  
 کی دیواریں نیچے اترنے لگتی ہیں۔ تشریحی SUPPORT میں یہ کمزوری عموماً  
 وضع حمل کے بعد ہی ہوا کرتی ہے لیکن اس کے علاوہ بھی بعض عناصر اہم بول انجام  
 دیتے ہیں۔

## وضع حمل کے نتیجے میں فرش عانہ کا کمزور ہونا۔

وضع حمل کے دوران PUBORECTALIS MUSCLE بہت زیادہ  
 پھیلتا ہے یہاں تک کہ بعض اوقات پھٹ بھی جاتا ہے وضع حمل خواہ کتنا ہی سہل اور  
 نارمل کیوں نہ ہو PUBORECTAL اور SUPERFICIAL  
 PERINEAL عضلات بہت زیادہ پھیلتے ہی ہیں۔ یہ کیفیت NULLIPAROUS  
 کی بہ نسبت MULTIPAROUS میں عموماً زیادہ ہوتی ہے اور بہت زیادہ  
 پھیلنے کی وجہ سے کثیر الحمل عورتوں میں خفیف سافق شانی (CYSTOCELE)  
 بھی ہوتا ہے۔

CYSTOCELE

فق شانی

PUBORECTALIS کے بار بار پھیلنے کی وجہ سے کچھ ریشے اپنے اسلاک

سے علاحدہ ہو جاتے ہیں ان دونوں کے افعال کا مجموعی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اعضا متناسل کا فتق مستقل طور پر بڑھتا ہی جاتا ہے۔

## فتق مستقیم RECTOCELE

عجان کے نامکمل اناتق کے نتیجے میں بھی PUBORECTALIS MUSCLE کو نقصان پہنچتا ہے۔ اور مرکزی عجانی اوتار جس سے عمیقی عرضی عجانی اوتار منسلک ہوتے ہیں، دوسری ساخت کے ساتھ ساتھ EXTERNAL ANAL SPHINCTER MUSCLE بھی شق ہو جاتے ہیں۔ اور اس مقام پر گزند کی وجہ سے GENITAL HIATUS کے پھیلے کناروں کا تعاون (حصورٹ) بھی ختم ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں مہبل کی خلفی دیوار اس جگہ پر ابھر آتی ہے۔ رحم کے نتور میں چار امور کام کرتے ہیں۔

۱۔ بطن کا اندرونی دباؤ۔

۲۔ فرش عانہ کا ترکیبی ضعف۔

۳۔ گزند ولادت

۴۔ رحمی محور کا رخ

## ترکیبی (CONSTITUTIONAL) امور

کنواری اور NULLIPAROUS عورتوں میں نتور عموماً فرش عانہ کی خلقی کمزوری کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اور ان کا رحمی عجزی رباط اتنا پتلا ہوتا ہے کہ رحم کا محور بہت آسانی کے ساتھ آگے کی جانب ہٹ جاتا ہے۔ سن یاس میں نتور کا سبب فرش عانہ کا ضعف ہے۔ حالانکہ ان میں سے اکثر عورتوں میں وضع حمل کے دوران گزند کی ہسٹری ہوتی ہے۔ لیکن اس کے باوجود بھی نتور اس وقت تک نہیں ہوتا جب تک کہ سن یاس میں ایٹرونی کے نتیجے میں ہونے والی تبدیلیوں کی وجہ سے فرش عانہ کمزور نہ ہو جائے۔

## گزند ولادت

مختلف قسم کی تشریح نقائص جو وضع حمل کے بعد وجود میں آتے ہیں ان کا تذکرہ کیا جا چکا ہے۔

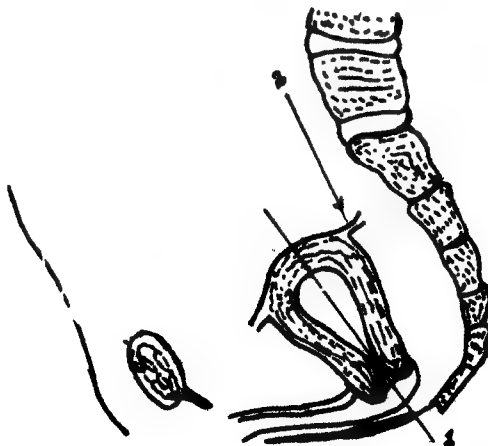
## رحمی محور کا رخ

### DIRECTION OF UTERINE AXIS

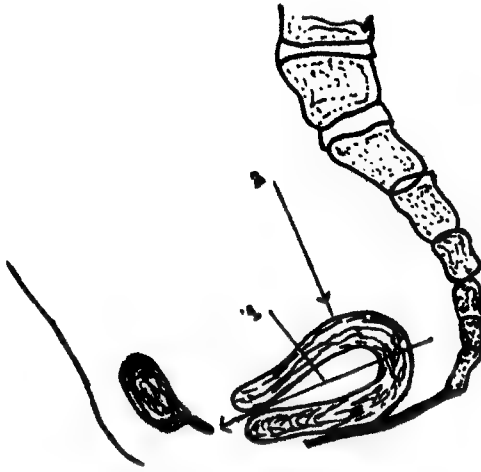
جس رحم ANTEVERTED ہوتا ہے تو رحمی محور STRONG

LEVATOR PLATE پر نیچے اور پشت کی جانب مڑ جاتی ہے بطن کا اندرونی دباؤ رحم کی پچھلی دیواروں پر پڑتا ہے جو محور کو اور بھی نیچے دھکیل دیتا ہے۔

جس رحم RETROVERTED ہوتا ہے تو محور سامنے کی جانب مڑ جاتا ہے اور ایسی حالت میں بطن کا اندرونی دباؤ رحم کے قدامی دیوار پر پڑتا ہے جس سے اس میں اور بھی خمیدگی آ جاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں رحمی محور سامنے کی جانب مڑ کر عمیق الرحم کے سامنے آ جاتا ہے اور اس کی وجہ سے رحم کے نیچے اترنے میں مدد ملتی ہے۔



UTERINE AXIS ۴۰



UTERINE AXIS م

Retroverted Uterus ہونے کی حالت میں

نتور الرحم کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ اول یہ کہ مہبل کے اٹھنے کے بعد پہلے علق الرحم میں حرکت پیدا ہو جس کے ساتھ ساتھ رحم بھی باہر آ جائے۔ دوسری قسم میں مہبل کی قدیمی دیوار پہلے الٹتی ہے جس کے ساتھ ساتھ علق الرحم اور رحم بھی باہر آ جاتا ہے۔

### NULLIPAROUS میں ہونے والا نتور

ان عورتوں میں فرش عانہ کی خلقی کمزوری کے ساتھ ساتھ اعصابی کمزوری اس کے اسباب موثرہ میں سے ہے۔ رحمی عجزی رباط کے پتلا ہونے کے نتیجے میں POUCH PARARECTAL FOSSAE اور OF DOUGLAS نہیں بن پاتے۔ جس کی وجہ سے فرش عانہ ایک چوڑی سطح کی شکل میں ہوتی ہے۔ NULLIPAROUS عورتوں میں نتور جزوی بھی ہو سکتا ہے اور مکمل بھی۔ یہ کیفیت پیدائش کے وقت بھی موجود ہو سکتی ہے اور عمر کے کسی بھی حصہ میں ہو سکتی ہے۔

### علامات

بطن میں کھینچاؤ کے ساتھ درد ہوتا ہے اور ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے کوئی شے نیچے

اتر رہی ہے۔ یہ دونوں عوارض اٹھتے بیٹھتے اور نتور کی ہر قسم میں موجود ہوتے ہیں۔ پشت خصوصاً عجزی حصہ میں درد ہوتا ہے۔ قرح یا درم مہبل کے نتیجے میں مہبل سے رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی ہے۔ پیشاب کرنے میں تکلیف ہوتی ہے کیونکہ مثانہ عجزی بول کی سطح سے نیچے چلا جاتا ہے۔ بعض عورتیں بتاتی ہیں کہ پیشاب کے اخراج کے لیے انھیں مہبل میں انگلی ڈال کر مہبل کی قدامی دیوار کو اوپر اٹھانا پڑتا ہے۔ مثانہ پوری طرح خالی نہ ہونے کی وجہ سے بار بار پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے۔ بعض اوقات سلسل البول کی شکایت مثانہ میں اکٹھا رہنے والے پیشاب کے نتیجے میں پیدا ہونے والے درم مثانہ (CYSTITIS) کی وجہ سے بھی ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات کھانسنے یا چھینکنے کے وقت غیر ارادی طور پر پیشاب نکل جاتا ہے۔ اسے

STRESS INCONTINENCE کہتے ہیں۔ عجان کے مکمل انشقاق میں براز کا غیر ارادی طور پر نکل جانا (INCONTINENCE OF FAECES) بہت اذیت دہ علامت ہوتی ہے۔ اور فتن مستقیم صادق (TRUE RECTOCELE) کی حالت میں اخراج براز کے وقت بہت تکلیف ہوتی ہے۔ اور اس کے لیے مریض کو مہبل کی خلفی دیوار کو دبانا پڑتا ہے۔

## تشخیص

نتور کی قسم اور اس کی کیفیت کا اندازہ صرف DORSAL POSITION ہی میں لگایا جاسکتا ہے کیونکہ ایسی حالت میں فرش عانہ پھیل جاتا ہے۔ اور منفذ میں غلام کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس سے بعض اوقات نتور خود بخود نظر آ جاتا ہے LEVATOR ANI MUSCLE کو انگلیوں کی مدد سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب عضلہ میں انشقاق یا پھیلاؤ ہوتا ہے یا ایڑوں کی کیفیت ہوتی ہے تو مشکل ہی سے کوئی نیچ انگلیوں کے درمیان محسوس کی جاسکتی ہے۔ عجان کے انشقاق کی صورت میں فید الفرج اور ANAL SPHINCTER کے درمیان کا فاصلہ کم ہو جاتا ہے۔ جب یہ انشقاق ANAL SPHINCTER تک پہنچ جاتا ہے تو مہبل کی خلفی دیوار اور مقعد کی قدامی دیوار ایک دوسرے کے مقابل نہیں ہوتی۔

## فتق مثانی اور فتق مہالی.

### URETHROCELE & CYSTOCELE

عجان کے ڈھیلے ہونے کی حالت میں یا اس کے شق ہو جانے کی صورت میں مہبل کی قدامی دیوار کا نتور بخوبی نظر آتا ہے SIM'S SPECULUM داخل کر کے کھانسنے یا طاقت لگانے کے وقت نتور کی کیفیت کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے۔

جب مہبل کی قدامی دیوار رحم کے شامل ہوئے بغیر نیچے اترتی ہے تو اسے PRIMARY RECTOCELE کہا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں بولی عوارض تو ہوتے ہیں لیکن کھنچاؤ کے ساتھ درد اور پشت میں درد نہیں ہوتا۔ جب رحم کے نیچے اترنے کی صورت میں مہبل کی قدامی دیوار اندر سے باہر کی جانب الٹتی ہے تو SECONDARY CYSTOCELE بنتا ہے۔

### RECTOCELE

## فتق مستقیم

جب مقعد کی قدامی دیوار مہبل کی خلفی دیوار میں ابھر آتی ہے تو اسے فتق مستقیم کہتے ہیں، اس کی تشخیص کا طریقہ یہ ہے کہ مریضہ کی مقعد میں انگلی داخل کرنے کے بعد اس سے کھانسنے کے لیے کہا جائے۔ اگر فتق مستقیم ہے تو انگلی POUCH میں داخل ہو جائے گی۔ اور اگر کھانسنے کے بعد مقعد کی دیوار میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی تو یہ اس بات کا ثبوت ہے کہ صرف مہبل کے خلفی دیوار ہی میں نتور واقع ہوا ہے

### ELONGATION OF CERVIX

جب عنق الرحم کا مہبلی یا مہبل سے اوپری حصہ کھنچتا ہے تو یہ حصہ یا تو فرج پر ہوتا ہے یا اکثر باہر نکلا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ صورت بغیر تناؤ یا اسکان کے ہوتی ہے۔ عنق الرحم میں ELONGATION کے ساتھ ساتھ HYPERTROPHY بھی ہو سکتی ہے۔

یا وہ شق بھی ہو سکتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لیے کہ صرف ELONGATION ہی ہے یا اس کے ساتھ ساتھ نتور رحم یا نتور مہبل بھی ہے، مریضہ کو کھانسنے یا طاقت لگانے کے لیے





Elongated Cervix ۴۲

کہا جائے اور اس عمل سے عنق الرحم مزید آگے نہیں بڑھتا تو یہ صورت صرف  
ELONGATION ہی میں ہوتی ہے۔ لیکن اگر تنور رحم بے قوت عنق الرحم مزید باہر  
نکل آئے گا۔ اور فتق مثانی نظر آئے گا۔

## نتور الرحم

### PROLAPSE OF UTERUS

کمانے یا طاقت لگانے کے وقت مہبل کی دیوار اور عنق الرحم کے نیچے اترنے کی حالت  
میں یہ صورت بآسانی نظر آتی ہے۔ جب رحم مہبل میں مختصر سا نیچے اترتا ہے تو اسے  
1ST DEGREE OF UTERINE PROLAPSE کہا جاتا ہے۔ اور جب یہ فرج  
نک آ جاتا ہے تو اسے 2ND DEGREE کہا جاتا ہے۔ اور جب رحم کا کچھ  
حصہ فرج کے باہر نکل آتا ہے تو اسے 3RD DEGREE OF UTERINE  
PROLAPSE کہا جاتا ہے۔ رحم کے نیچے اتر آنے کی صورت میں مہبل کی قد امی  
دیوار بھی نیچے آ جاتی ہے جس سے فتق مثانی بنتا ہے۔ ایسی حالت میں غلفی دیوار اپنے  
زیرین نصف حصہ پر ابھر آتی ہے اور اس کے پھیلاؤ کا دار و مدار فرش کی نرمی پر ہوتا ہے  
جب مہبل کی دیواریں مکمل طور پر منقلب ہو کر عنق الرحم اور جسم رحم کے ساتھ ساتھ  
فرج کے باہر آ جاتی ہیں تو ایسی حالت کو تنور مکمل PROCIDENTIA کہا جاتا ہے  
PROCIDENTIA کی اصلاح کے بعد دوستی معائنہ بہت ضروری ہے۔ تاکہ رحم کا



PROCIDENTIA

۳۳ کیرجی کے ساتھ ہونے والا



۳۴

Combined Genital and Rectal Prolapse

سائز اعضاء سے علاوہ غیرہ کے بارے میں معلوم ہو سکے۔

مہبل کے خلفی POUCH OF DOUGLAS جین FORNIX  
 کی باریطون کے فتق کو ENTEROCELE کہا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں منٹاری  
 معائنہ کے دوران کھانسنے یا طاقت لگانے سے خلفی FORNIX ابھرا ہوا دکھائی  
 دیتا ہے۔ اگر اس میں چھوٹی آنت کا پھندا بھی موجود ہو تو فتق کو درست کرتے وقت  
 'GURLING SOUND' سنائی دیتی ہے۔

## علامات فارقہ

تو اور مندرجہ ذیل امراض کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

## مہبل کی قدیمی دیوار میں ہونے والی کیسہ

اسے اکثر فتق مثانی سمجھ لیا جاتا ہے۔ لیکن دونوں میں فرق یہ ہے کہ کیسہ مہبل قدیمی  
 اور جانبی وضع میں ہوتی ہے اور رحم کی دیوار اکثر و بیشتر اتنی پتلی ہو جاتی ہے کہ اس سے  
 کیسہ کی دیوار نظر آنے لگتی ہے۔ اس کے علاوہ مہبل معائنہ کرنے پر اسے باسانی محسوس کیا  
 جاسکتا ہے۔ اور ایسی حالت میں کھانسنے یا طاقت لگانے کے وقت رحم کی قدیمی دیوار نیچے  
 نہیں اترتی۔ فتق مثانی کی حالت میں اگر BLADDER SOUND داخل کیا جائے تو اس  
 کا اوپری کنارہ رحم کی قدیمی دیوار کے نیچے ہی محسوس کیا جاسکتا ہے لیکن کیسہ ہونے کی  
 حالت میں SOUND کا کنارہ اس سے دور ہی محسوس ہوتا ہے۔

## مہبل کی خلفی دیوار میں ہونے والی کیسہ

یہ صورت مندرجہ بالا کی بہ نسبت بہت ہی کم ہوتی ہے۔ تفریقی علامات مندرجہ بالا ہی  
 کے مانند ہوتے ہیں۔

## انقلاب الرحم مزمن

رحم کے تنور کمل پر بعض اوقات معائنہ کے وقت رحم کے انقلاب مزمن کا شک ہوتا ہے۔  
دولوں کی تفریقی علامات انقلاب الرحم کے باب میں بیان کی گئی ہیں۔

ELONGATION

## عنت الرحم کے قد امی لب کا

بعض اوقات عنت الرحم کے قد امی لب کا ELONGATION اور  
HYPERTROPHY آتی نمایاں ہوتی ہے کہ معائنہ کے وقت اس پر تنور کا  
شک ہوتا ہے لیکن احتیاط کے ساتھ دودستی اور مہبل معائنہ کرنے پر تشخیص بآسانی ہو جاتی  
ہے کیونکہ ایسی حالت میں خلفی لب کی دفع نارمل ہی ہوتی ہے۔

## مہبل میں ہونے والی لفی بوا سیر

FIBROID POLYP

منظاری معائنہ کرنے پر دولوں کے درمیان بآسانی تفریق کی جاسکتی ہے کیونکہ پولیب  
پر کھانے یا طاقت لگانے کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اور عنت الرحم کے منبط کنارے کو نارمل پوزیشن  
میں دیکھا یا محسوس کیا جاسکتا ہے۔

## علاج

چونکہ اس کے اسباب میں سے گزند ولادت سب سے اہم ہے اس لیے یہ بہت  
ضروری ہے کہ وضع حمل کے دوران احتیاط کو بہت زیادہ پھیلنے سے بچایا جائے۔ وضع حمل  
کے بعد ابتدائی چند ہفتوں تک احتیاط کی جائے۔ نفاس کے دوران مناسب ریاضت کرائی  
جائے۔ اور اگر RETROVERSION ہو تو پیری استعمال کی جائے۔

وضع حمل کے دوران اگر EPISIOTOMY ضروری ہو تو اسے مناسب وقت پر  
کیا جائے۔ اور بہت ہی احتیاط کے ساتھ خیاطت کی جائے۔ اسی طرح اعضاء تناسل کے  
اشفاق کی بھی بہت ہی احتیاط کے ساتھ خیاطت کی جانی چاہیے۔

در اصل آپریشن ہی اس کا واحد علاج ہے۔ لیکن مندرجہ ذیل صورتوں میں پیسری بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔

۱۔ اگر حمل کے ساتھ ساتھ نتور بھی ہے تو ایسی حالت میں حمل کے ابتدائی چار مہینے تک پیسری استعمال کی جائے تاکہ رحم جوف بطن میں پوری طرح اُٹھ جائے اور نتور کی صورت ختم ہو جائے۔

۲۔ بعض اوقات مریض آپریشن کے لیے تیار نہیں ہوتی، ایسی حالت میں سوائے پیسری استعمال کرنے کے کوئی دوسرا راستہ نہیں ہوتا۔ لیکن یہ دیکھا گیا ہے کہ یہ عورتیں اتنا پریشان ہو جاتی ہیں کہ آخر میں آپریشن کے لیے تیار ہو ہی جاتی ہیں۔

اگر معمولی قسم کا نتور ہو اور عجان کا اشتقاق بہت زیادہ نہ ہو تو

PESSARY استعمال کی جائے۔ دیگر حالتوں میں WATCH SPRING

RUBBER PESSARY استعمال کی جائے۔ لیکن RING PESSARY کے بارے

میں یہ دھیان رکھا جائے کہ وہ نہ تو بہت بڑی اور سخت ہوں اور نہ بہت ہی چھوٹی اور نرم۔ کیونکہ بڑی ہونے کی صورت میں زخم اور چھوٹی ہونے کی حالت میں پھسل کر ہٹ جانے کے امکانات ہوتے ہیں۔ RING PESSARY کو صاف کرنا مشکل ہوتا ہے اور ربر کی وجہ سے اس میں بدبو بھی بہت جلد آنے لگتی ہے۔

## STRESS INCONTINENCE

بعض افعال جن کے نتیجے میں بطن کا اندرونی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ مثلاً کھانا سنا۔ بننا یا چھینکنا، ان کے ذریعہ بول کے غیر ارادی طور پر نکل جانے کو STRESS INCONTINENCE کہا جاتا ہے۔ یہ کیفیت بار بار اور یکبارگی اور مثانہ پر بطن کا

اندرونی دباؤ بڑھنے کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

اس کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

1- POSTPARTUM

2- POST OPERATIVE

3- CONGENITAL

## STRESS INCONTINENCE

## ۱۔ وضع حمل کے بعد ہونیوالا

یہ حقیقت ہے کہ قبالتی گزند اس مرض کا ایک اہم سبب ہوا کرتا ہے لیکن اس کے علاوہ فتق مثانی میں مبتلا عورتوں میں بھی یہ صورت پائی جاتی ہے۔ وضع حمل کے دوسرے درجہ میں مثانہ کو ضرر پہنچنے کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں اس لیے جہاں تک ممکن ہو مثانہ کو خالی رکھا جائے اور اگر EPISIOTOMY یا فارسپس کے استعمال کی ضرورت ہو تو اس میں تاخیر نہ کی جائے۔

## STRESS INCONTINENCE

## ۲۔ آپریشن کے بعد ہونیوالا

نور کے لیے سرجیکل ٹریٹمنٹ کے بعد اکثر عورتیں اس مرض میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ مجری بول اور مثانہ کی سطح کے درمیان فاصلہ کی زیادتی اس کا سبب ہوا کرتی ہے۔

## ۳۔ CONGENITAL STRESS INCONTINENCE

یہ صورت عضلات مثانہ کے انقباض کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ اس کا سرجیکل ٹریٹمنٹ کیا جائے۔

## VAULT PROLAPSE

نور کی اس قسم میں ہسبل کا مجرا بی حصہ نیچے اتر آتا ہے جو بعض اوقات ہسبل یا فرج تک بھی آ جاتا ہے اور بعض اوقات تو پوری ہسبل الٹ آتی ہے۔ یہ صورت خفقی۔ قبالتی۔ بطنی یا VAGINAL HYSTERECTOMY کے نتیجے میں ہو سکتی ہے۔

## NULLI- CONGENITAL VAULT PROLAPSE کنواری یا

PAROUS۔ عورتوں میں ہوتا ہے۔

چونکہ یہ صورت عموماً HYSTERECTOMY کے بعد ہی پیدا ہوتی ہے اس لیے اس سے بچنے کا بہتر طریقہ یہی ہے کہ آپریشن کے دوران بہت احتیاط کی جائے۔

# انقلاب الرحم

INVERSION OF UTERUS

یہ وہ حالت ہے جس میں جسم رحم اندر کی جانب مرکز فرج سے باہر نکل آتا ہے۔  
اس کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ نفاسی Puerperal

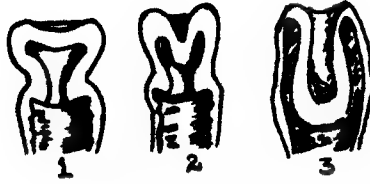
تقریباً ۹٪ ولقعات نفاسی ہی ہوتے ہیں۔ جب وضع حمل کے فوراً بعد یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے تو اسے انقلاب حاد کہا جاتا ہے اور جب دو دن کے بعد اور ایک مہینے کے اندر ہوتا ہے تو سخت الحاد (SUBACUTE) لیکن ایک مہینے کے بعد ہونے والے INVERSION کو مزمن کہا جاتا ہے۔

عموماً سب سے پہلے قاع الرحم ہی متقلب ہوتا ہے۔ لیکن بعض عورتوں میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ رحم کا جانی حصہ پہلے نیچے اترتا ہے۔

انقلاب الرحم عموماً مشیمہ کے کھینچنے کے نتیجے میں ہوتا ہے جبکہ وہ اچھی طرح علاحدہ نہ ہوا ہو۔ یا بعض اوقات مشیمہ کے اخراج کے لیے بطن کی دیواروں پر دباؤ ڈالنے سے بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ ناکثر مشیمہ چھوٹا ہونے کی حالت میں بھی انقلاب الرحم ہوتا ہے۔ بعض اوقات مشیمہ کے چھوٹے ہونے کا سبب یہ ہوتا ہے کہ وہ بچہ کی گردن میں پھنسا ہوا ہوتا ہے۔ وضع حمل معجل (PRECIPITATE LABOUR) میں اگر عورت کٹری ہوئی ہو اور بچہ پیدا ہو جائے تو بھی انقلاب الرحم ہو سکتا ہے۔

۲۔ مرضی

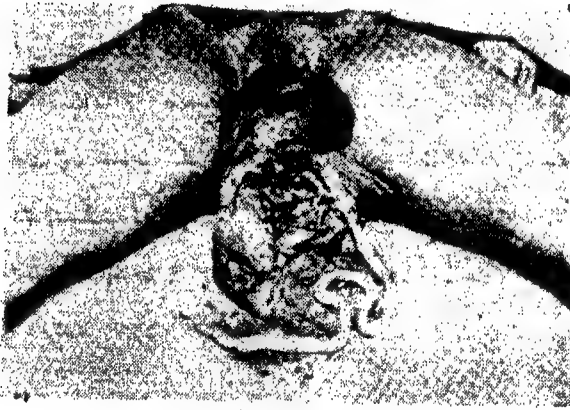
قاع الرحم میں ہونے والی SESSILE SUBMUCOSAL SARCOMA اور بعض اوقات FIBROMYOMA  
سلسلہ عام طور پر کے نتیجے میں بھی انقلاب الرحم ہو سکتا ہے۔



۴۵ انقلاب الرحم کے مختلف درجات

1 & 2 - Incomplete Inversion

3 - Complete Inversion



۴۶ انقلاب الرحم (مکمل موثر دفعہ الرحم)

### IDOPATHIC INVERSION

۳۳

بعض اوقات بطن کا اندرونی دباؤ بہت زیادہ ہونے کی وجہ سے جیسا کہ کھانسی

اور طاقت لگانے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ ( SPONTANEOUS INVERSION )

ہو سکتا ہے۔



## علامات

کمل انقلاب کی حالت میں رحم مہبل یا فرج کے باہر دکھائی دیتا ہے اس کی سطح مغل کی مانند ہوتی ہے جس سے معائنہ کے وقت نرف ہونے لگتا ہے۔ کاڈفین کے سورخ عام طور پر دیکھے جاسکتے ہیں۔ جب انقلاب جزوی ہوتا ہے تو الٹا ہوا قاع الرحم مہبل میں محسوس کیا جاسکتا ہے جو دوستی معائنہ کے دوران قاع الرحم نارمل اور مدور کے بجائے پیار کی مانند محسوس ہوتا ہے۔

انقلاب کی صورت میں یہ کیفیت مقعدی معائنہ کے وقت محسوس کی جاسکتی ہے۔  
کمل INVERSION کی حالت میں UTERINE SOUND علق الرحم میں نصف اینچ سے زیادہ داخل نہیں کی جاسکتی۔ لیکن نامکمل انقلاب الرحم میں اس سے زیادہ داخل کی جاسکتی ہے۔ اگر UTERINE SOUND دو اینچ سے زیادہ داخل ہو جائے تو ایسی حالت میں انقلاب کے امکانات نہیں ہوتے۔ ان عورتوں میں بے ضابطگی کے ساتھ رحم سے ہونے والی جریان دم اور بدبودار رطوبت خاص علامت ہو کرتی ہے۔ وضع حمل کے دوران جسم سے زیادہ مقدار میں خون نکل جانے یا جریان دم کے نتیجے میں مریضہ کو اینمیا ہو جاتا ہے۔ درہر ایک مریضہ میں نہیں ہوتا۔

## علاج

مزمن انقلاب الرحم کا علاج دو طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

### غیر جراحی علاج

ایسی حالت میں تخذیر عمومی کے بعد دستکاری کے ذریعہ اسے درست کیا جاتا ہے لیکن یہ اسی وقت ممکن ہے جبکہ انقلاب الرحم کے فوراً بعد ہی اسے دستکاری کے ذریعہ درست کیا گیا ہو مگر کیونکہ تاخیر کی صورت میں علق الرحم میں التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔

## جراحی علاج

جراحی علاج مہبل یا بطن کے ذریعہ کیا جاتا ہے چونکہ انقلاب الرحم نفاسی ہی ہوتا ہے اور خاص طور پر پہلی بار حاملہ ہونے والی عورتیں (PRIMI PARA) ہی اس سے متاثر ہوتی ہیں اس لیے ان عورتوں میں HYSTERECTOMY کرنا مناسب نہیں ہے۔ لیکن انقلاب مزمن کی حالت میں جبکہ مریضہ کی عمر ستم سال سے زیادہ ہو HYSTERECTOMY ہی بہترین علاج ہے۔

پندرہواں باب

## حمل منتبذ (خارج رحم)

ECTOPIC PREGNANCY

یہ اصطلاح سب سے پہلے BARNES نے 1873 میں ایجولوجی اس سے قبل رحم کے باہر کسی بھی مقام پر حمل ہونے کو EXTRA UTERINE GESTATION کہا جاتا تھا۔ درحقیقت اس کے بارے میں سب سے پہلے علامہ ابو القاسم الزہرادی (ALBUCASSIS) نے اپنی تصنیف "التقریظ" میں اس کا ذکر کیا ہے 1894 میں HOBART نے حمل منتبذ کو شق کرنے کے لیے LAPRATOMY کا طریقہ ایجاد کیا اور اسی وقت سے دنیا کے تمام ماہرانِ قبایلات نے اس طریقہ علاج کو اپنایا۔ رحم سے باہر حمل قائم ہونے کو ECTOPIC GESTATION کہا جاتا ہے۔ یہ حمل مندرجہ ذیل جگہوں پر ہو سکتا ہے۔

۱۔ قاذف۔

۲۔ مبیض۔

۳۔ جوفِ بطن میں ہونے والا ابتدائی IMPLANTATION

۴۔ جوفِ بطن میں ہونے والا ثانوی IMPLANTATION

۵۔ BICORNUATE UTERUS کے نامکمل طریقے پر ڈیولپ ہونے والے

حصہ میں ہونے والا حمل

## TUBAL PREGNANCY

## حمل قاذنی

یہ خیال کیا جاتا ہے کہ قاذف کے AMPULLARY حصہ میں انصباب ہونے کے نتیجے میں حمل قاذنی ہوتا ہے۔ لیکن اس کے علاوہ بھی بہت سے امور اس کا سبب بنتے ہیں۔ جو درج ذیل ہیں۔

## عائد میں ہونے والا تعدیہ

ورم قاذفین خصوصاً سوزا کی تعدیہ ہونے کی حالت میں قاذفین کی غشاء مخاطی کے برباد ہونے کے نتیجے میں حمل قاذنی ہوتا ہے۔ استقامت کے بعد نفاس کے دوران ہونے والے تعدیہ میں باہری انشاق کی وجہ سے قاذف میں بل پڑ جانے کے نتیجے میں قاذف میں بیضہ نسب ہوتا ہے۔ بعض اوقات ورم قاذفین درنی بھی اس کا سبب بنتا ہے۔

## خلقی (سقوم) امراض

قاذفین کا 'ACCESSORY OSTIUM' DIVERTICULUM یا خلقی HYPOPLASIA میں قاذفین لمبے اور چپدار ہو جاتے ہیں اور ان کی غشاء دیوار بلی ہو جاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں بیضہ کو جوف رحم تک پہنچنے میں دیر لگتی ہے۔

## EXTERNAL MIGRATION

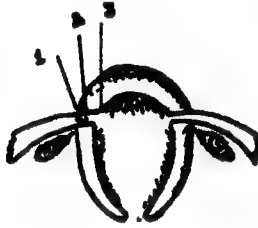
ایسی حالت میں بیضہ مبیض سے خارج ہونے کے بعد اسی جانب کے قاذف میں داخل ہونے سے قاصر ہوتا ہے اور دوسری جانب کے قاذف میں داخل ہو جاتا ہے۔ اور وہیں انصباب ہونے کے بعد وہ وہیں نسب ہو جاتا ہے۔

## INTERNAL MIGRATION

ایسی صورت میں باردار بیضہ ایک جانب کے قاذف سے گزر کر جوف رحم میں پہنچتا ہے لیکن وہاں نسب ہونے کے بجائے دوسری جانب کے قاذف میں داخل ہو کر نسب ہو جاتا ہے۔

## INTERSTITIAL PREGNANCY

اس قسم میں بیضہ رحم کے ADENOMYOSIS یا DIVERTICULUM کے حصہ میں نسب ہوتا ہے محل کی اس قسم میں عضلات کی دیوارت کی وجہ سے محل کئی ہفتہ تک برقرار رہتا ہے۔ عضلات رحم ہونے والے قاذفی صلیا محل پونے کو INTERSTITIAL PREGNANCY کہا جاتا ہے۔



INTERSTITIAL PREGNANCY

- 1- Interstitial
- 2- Utero-Interstitial
- 3- Tube-Interstitial

یہ مندرجہ ذیل تین جگہوں میں سے کسی ایک جگہ پر ہو سکتی ہے۔

۱- INTERSTITIAL

جب کہ محل قاذف کے INTERSTITIAL PORTION کے درمیان حصہ میں ہو۔

۲- UTERO INTERSTITIAL

جب کہ محل اس مقام پر ہو جہاں قاذف جو رحم میں داخل ہوتا ہے اے۔  
ANGULAR PREGNANCY بھی کہا جاتا ہے۔

TUBO-INTERSTITIAL -۳

INTERSTITIAL اور ISTHMIC کے جبکہ حمل قاذف

کے جار انحال پر واقع ہو جب حمل INTERSTITIAL ہوتا ہے تو کئی ہفتہ تک قایم رہتا ہے کیونکہ عضلات کی دہازت کی وجہ سے اس کے انشقاق میں تاخیر ہوتی ہے۔  
 یا تو جنون رحم میں شق ہو جاتی ہے۔ اور استقاط ہو جاتا ہے یا پھر رحمی حمل کی حیثیت سے برقرار رہتی ہے۔ لیکن TUBO-INTERSTITIAL جلد ہی شق ہو جاتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات ایک دورہ طث بھی مکمل نہیں ہونے پاتا۔

ABDOMINAL PREGNANCY

حمل بطنی

حمل منبذ کی یہ قسم شاذ ہی ہوتی ہے۔ یہ دو قسم کی ہوتی ہے۔ پرائمری اور سکندری۔ پرائمری قسم بہت ہی کم ہوتی ہے لیکن



۴۸ = حمل بطنی

سکندری اکثر ہوتی ہے۔ اور اس وقت ہوتی ہے جبکہ بیضہ کا ابتدائی انسلاک مشرشر کے کناروں پر ہوتا ہے۔ جیسے جیسے بیضہ بڑھتا جاتا ہے وہ قاذف سے باہر آ جاتا ہے۔ مشیمہ کا ڈیوپلنٹ بطن ہی میں ہوتا ہے جو باریطون عالی رباط عرض کے پچھلے حصے OMENTUM اور امعاء سے چپاں ہوتا ہے۔ قاذف سے اس کا ابتدائی انسلاک برقرار رہ بھی سکتا ہے اور نہیں بھی جیسے جیسے حمل کا زمانہ بڑھتا جاتا ہے OMENTUM اور امعاء کے ذریعہ جنین کے گرد PSEUDO - SAC بنتی جاتی ہے۔

بعض اوقات گذشتہ شق قیصری (CAESAREAN SECTION) کے SCAR کے کھل جانے کے نتیجے میں بھی بطنی حمل ہو سکتا ہے

#### SECONDARY INTRA-PERITONEAL PREGNANCY

جب جنین جوف باریطون میں آجاتا ہے تو اس کے گرد منہ جوف، امدار کے حمل (OMENTUM) (COILS) اور بطن کے دیگر ساخت کے ذریعہ ایک 'PSEUDO SAC' بن جاتی ہے۔

#### SECONDARY INTRA-LIGAMENTARY PREGNANCY

حمل مبتذ کی یہ قسم رباط عریض میں قاذف کے اندر ہونے والے حمل کے انشقاق کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ اور بہت ہی کم دیکھی گئی ہے۔ ایسی حالت میں مشیمہ عموماً کمزور ہوتا ہے اور بطن کے پچھلے حصے کی دوسری ساختوں سے چپکا ہوا ہوتا ہے۔

### رحم کی غشاء مخاطی میں ہونے والے تغیرات

بیضہ کے رحم کے باہر نسب ہونے کے فوراً ہی بعد غشاء مبطن رحم میں غشاء ساقط (DECIDUA) بننے لگتی ہے۔ غشاء ساقط اس وقت تک منسلک رہتی ہے جب تک مضافہ (EMBRYO) زندہ رہتا ہے۔ مضافہ مردہ ہو جاتا ہے تو اس میں۔

DEGENERATIVE تبدیلیاں شروع ہو جاتی ہیں اس کے بعد غشاء ساقط یکبارگی یا تھوڑا تھوڑا کر کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑیوں کی شکل میں خارج ہو جاتی ہے

### جنینی بد وضعی FOETAL DEFORMITIES

یہ تغیرات حمل کے زیادہ دن گذر جانے کے بعد ہوتے ہیں عام طور پر تشوہ بد وضعی فطری ہی ہوتی ہے۔ جسے دیکھاری کے ذریعہ درست بھی کیا جاسکتا۔ یہ صورت سیال امیونوس کی کمی یا کے التاق کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

## MUMMIFICATION

یہ صورت ان جنین میں پیدا ہوتی ہے جو کئی سال تک برقرار رہتے ہیں لیکن GEST-  
ATION SAC ملوث نہیں ہوتا۔ اور سیال امیونسی جذب ہو جاتی ہے۔

تقیق

## SUPPURATION

جنین کی موت کے بعد یا کئی سال گزرنے کے بعد چھوٹی آنتوں یا SIGMOID  
COLON کے ذریعہ جنین میں تعدیہ پہنچتا ہے۔ تعدیہ ہونے کے بعد نرم حصہ میں انشعاب  
شروع ہوتا ہے۔ اور مادہ بطن کی دیوار خصوصاً ناف کی جگہ سے یا مقعد، مثانہ، ہیل کے غلافی  
FORNIX کے ذریعہ خارج ہوتا ہے۔ لیکن اس طرح سے تمام مادہ خارج نہیں ہو  
نے پاتا۔ خصوصاً جنین کا غصی ڈھانچہ۔ اس کے باقی رہنے کے نتیجے میں ناسور بن جاتا ہے  
اور یہ کیفیت اس وقت ختم ہوتی ہے جب تک کہ تمام مادہ قدرتی طور پر یا آپریشن کے ذریعہ  
جسم سے خارج نہ ہو جائے۔

تکلس

## CALCIFICATION

جنین جب حاملہ کے بطن میں ایک عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔ تو اس میں تکلس شروع  
ہو جاتا ہے جب صرف منشاء میں تکلس ہوتا ہے تو اسے LITHOKELYPHOS  
کہتے ہیں۔ اور جب جنین اور منشاء دونوں میں تکلس ہوتا ہے تو اسے LITHOKELYPHOS  
AEDION کہتے ہیں۔ لیکن جب صرف جنین میں تکلس ہوتا ہے تو اسے LETHOPAEIDION  
کہا جاتا ہے۔ تکلس کے لیے یہ ضروری ہے کہ حمل کو سات چھ گزرنے کے ہوں اور GEST-  
ATION SAC میں تعدیہ نہ ہوا ہو۔ بعض عورتوں میں الیسا بھی ہوتا ہے کہ تکلس  
کے بعد بھی بیضہ کئی سال تک برقرار رہتا ہے اور اس کے بعد بھی استقرار حاصل ہوتا ہے۔

## MULTIPLE PREGNANCY

حمل مستند اور

کی چار صورتیں ہو سکتی ہیں۔

## MULTIPLE ECTOPIC



۱ - درون رحم اور بیرون رحم حمل ایک ہی ساتھ ہو۔

۲ - ایک قاذف میں دو مفعہ ہوں۔

۳ - دونوں قاذف میں ایک ایک مفعہ ہوں۔

۴ - قاذف میں ایک سے زیادہ حمل ہوں۔

## حمل درون رحم اور بیرون رحم کا ایک ساتھ ہونا

عموماً اکثر حمل عورتیں ہی اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں درون رحم ہونے والے حمل کی بہ نسبت رحم کے باہر ہونے والے حمل کی علامتیں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ حمل کے ابتدائی مہینوں میں قاذف کے اندر ہونے والا حمل خفق ہو جاتا ہے COMBINED حمل کی تشخیص عموماً حمل متبذ کے آپریشن کے وقت ہی ہو پاتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ دونوں حمل اپنی جیسی مدت تک بغیر کسی خلل کے قائم رہ سکیں۔

## حمل تو ام قاذفی TWIN TUBAL PREGNANCY

ایسی حالت میں بعض وقت دونوں مفعے ایک ہی SAC میں ہوتے ہیں اور بعض وقت الگ بھی ہوتے ہیں۔ UNIOVULAR TWINS زیادہ تر رحم سے باہر ہونے والے حمل ہی میں ہوتے ہیں۔

## دونوں جانب ہونے والا قاذفی حمل

### BILATERAL TUBAL PREGNANCY

اس حمل کی دو قسمیں ہوتی ہیں  
SUCCESSIVE اور  
SIMULTANEOUS عموماً  
SUCCESSIVE قسم ہی زیادہ پائی جاتی ہے

اس میں ابتدائی زمانہ میں کسی ایک قاذف میں بارنارہینہ 'HAEMATOSALPINX'

LITHOPAEIDION میں تبدیل یا HAEMATOCELE

ہوتا ہے۔ اور بعد میں دوسرے قاذف کے حمل سے پہلے قاذف کے حمل کا اندازہ ہوتا  
 SIMULTANEOUS قسم بہت ہی کم ہوتی ہے۔ یہ  
 BINOYULAR TWIN PREGNANCY ہی کی ایک قسم ہے جو ایک  
 ہی مباشرت سے ہوتی ہے۔

## قاذف میں ہونے والے متعدد حمل

MULTIPLE TUBAL PREGNANCY

بعض عورتوں کے ایک ہی قاذف میں پانچ مٹھے پائے گئے ہیں۔ اور ایک مریضہ میں  
 بھی دیکھا گیا ہے کہ ایک قاذف میں حمل تو ام اور دوسری جانب ایک ہی جنین تھا۔

## عوارض

### احتباس طث

رحمی حمل ہی کی مانند ہوتا ہے۔ عام طور پر ایسا کم ہی ہوتا ہے پھر بھی قاذف کے  
 AMPULLARY PORTION میں بیضہ کے نسب ہونے کی حالت میں  
 ISTHMIC اور INTERSTITIAL لیکن احتباس طث ہو سکتا ہے۔ یہ  
 PREGNANCY میں یہ صورت نہیں ہوتی۔ کیونکہ بیضہ کے نسب ہونے کے چند دنوں کے  
 بعد ہی وہ شق ہو جاتا ہے۔

### جریان دم مہبل

جریان دم اس وقت شروع ہوتا ہے جبکہ ECTOPIC OVUM کی  
 موت ہونے کے بعد فشار ساقط علیحدہ ہونے لگتی ہے اور یہ جریان دم اس وقت تک قائم  
 رہتا ہے جب تک کہ فشار ساقط مکمل طور پر علیحدہ نہ ہو جائے۔ اس کے علیحدہ ہونے کے

بعد دو ایک دن بہت تیز بلڈنگ ہوتی ہے۔ لیکن جب غشاء ساقط ہوتی ہے۔ DESQUAMATION شروع ہو جاتا ہے۔ تو ایک ہفتہ یا اس سے چند دنوں زیادہ خفیف ساجریان دم ہوتا ہے۔

درد

قاذف کے نفع کی وجہ سے اس جانب خفیف درد مسلسل رہتا ہے۔ اگر اشتقاق قاذف سے باہر ہوتا ہے تو مریض اسے بھی محسوس کرتی ہے۔ اس کے بعد درد بڑھ جاتا ہے۔ جو چوڑھنٹوں تک تو بطن کے زیریں حصہ میں ایک ہجائے تک محدود رہتا ہے لیکن بعد میں تمام پھیل جاتا ہے۔ قاذف کے مشر شری سرے قاذف کے MOLE یا خون کے ٹھکے خارج ہونے کے دوران تنگی درد ہوتا ہے اگر عائد میں سلعہ دمویہ بن جائے تو ایسی حالت میں درد ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔ جس کے ساتھ ساتھ قطنی عجزی حصہ میں بھی درد ہوتا ہے۔

## دباؤ کے نتیجے میں ہونے والے عوارض

یہ علامتیں عموماً سلعہ دمویہ مانی کے ساتھ ہی ہوتی ہیں اس کی سب سے اہم علامت عسر بول کے ساتھ ساتھ احتباس بول ہو کر کرتی ہے بعض عورتوں میں RECTAL TENESMUS بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات جوف باریطون میں خون جمع ہو جانے کی وجہ سے PHRENIC NERVE پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں ایک یا دونوں بازوؤں میں درد ہوتا ہے۔

MULTIPLE TUBAL PREGNANCY کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

1. SUB ACUTE

2. ACUTE FULMINATING

3. ADVANCE GESTATION

SUB ACUTE

عام طور پر یہی قسم زیادہ ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں سب سے پہلے احتباس طث ہو تا ہے۔ اس کے بعد بطن میں بار بار درد ہوتا ہے پہلی جریان دم اور غشی بھی ہوتی ہے۔ اور

ان ہی تین علامتوں کے ذریعہ دیگر امراض کے درمیان تفریق کی جاسکتی ہے۔ بطن کے زیریں حصہ میں ہلکا سادرد ہوتا ہے۔ جو اکثر قونچ کی مانند دورے کی شکل اختیار کر لیتا ہے جبراً دم عموماً زیادہ نہیں ہوتا لیکن درد کے دوروں کے درمیان زیادہ ہو جایا کرتا ہے جوف باریلٹون میں خون آجانے کی وجہ سے فحشی ہوتی ہے۔

فیبلی معاینہ کرنے پر رحم طبعی سائز کی بہ نسبت تھوڑا بڑھا ہوا ملتا ہے اور کسی ایک جانب کچھا ہوا ہوتا ہے۔ اور کسی ایک جانب کے جانبی FORNIX میں ہونے والے MASS سے علیحدہ ہی محسوس ہوتا ہے۔ پورا MASS کسی ایک جانبی FORNIX میں نہیں ہوتا بلکہ وہ مغلنی اور جانبی وضع میں ہوتا ہے۔ اس کے کنارے غیر واضح ہوتے ہیں۔ اس کی ماہیت بدلتی رہتی ہے۔ کوئی حصہ نرم اور کوئی حصہ محسوس ہوتا ہے۔ ماہیت کی تبدیلی ہی خاص علامت ہوا کرتی ہے۔ کیونکہ حال ہی میں اکٹھا ہونے والے خون کی وجہ سے نرمی اور ایک عرصہ سے اکٹھا رہنے والے خون کے نتیجے میں سختی پائی جاتی ہے۔ اس جگہ چھونے پر حاد TENDERNESS ہوتی ہے۔ اور MASS جزوی یا مکمل طور پر FIX ہوتا ہے۔

اس کی تشخیص کے لیے LAPAROSCOPY یا CULDOSCOPY ہی بہترین طریقہ ہے۔

## علامات فارقہ

### اسقاط رحمی

احتیاط کے ساتھ معائنہ اور ہسٹری کی مدد سے تشخیص آسانی ہو جاتی ہے۔

حمل رحمی کے ساتھ ہونے والی رحم کی جانبی خمیدگی۔

دونوں میں فرق یہ ہے کہ ایسی حالت میں MASS اور رحم علیحدہ علیحدہ محسوس نہیں ہوتے۔ اگر ضرورت ہو تو تخدیر عمومی کے بعد معاینہ بھی کیا جاسکتا ہے۔ اور اس کی

وضع بھی درست کی جاسکتی ہے۔

## رحم کی جانبی دیوار میں اسقاط کے ساتھ ہونیوالا فائبر و مائیوما

اس مرض میں درد اور ہبل جریان دم کے ساتھ MASS کسی ایک  
FONIX میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اگرچہ رحم سے خارج ہونے والے ماؤ  
کاغور دہنی معاینہ کرنے پر اس میں حمل میشی (CHORIONIC VILLI) ملیں  
تو اس سے رحمی حمل کی تصدیق ہو جاتی ہے۔

### PELVIC HAEMATOCELE

ہسٹری تحت الحاد ہی کی مانند ہوتی ہے۔ دباؤ کے نتیجے میں ہونے والے عوارض مثلاً  
عسر طول، احتباس بول اور RECTAL TENESMUS ہوتا ہے  
TENESMUS کی وجہ سے بعض اوقات ورم قولون فیاطی یا زیر کاشک ہوتا ہے  
بطن کا معاینہ کرنے پر ایک TENDER اور غیر واضح سوجن عانہ سے ابھرتی تھلی  
محسوس ہوتی ہے۔ جیسے جیسے اکٹھا ہونے والے خون کی مقدار بڑھتی جاتی ہے ورم بھی  
بڑھتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات ناف یا اس سے بھی اوپر بڑھ جاتا ہے سوجن  
کی ماہیت بدلتی رہتی ہے۔ کبھی یہ لچکدار ہوتی ہے اور کبھی ٹھس۔ اس کا انحصار مرض کی  
مدت، جریان دم کی کیفیت اور SAC کی ساخت پر ہوتا ہے۔

ہبل معاینہ کرنے پر عنق الرحم کو بہت مشکل سے محسوس کیا جاسکتا ہے کیونکہ

POUCH OF DOUGLAS میں اجتماع دم کی وجہ سے یہ لحام عانی کے پیچھے

آ جاتا ہے۔ ہبل کی محراب اور FORNIX سطحی نظر آتے ہیں۔

DOUGLAS میں اجتماع دم کے نتیجے میں ہبل کی خلفی دیوار کا اوپری لحہ اوپر

اٹھ آتا ہے اور اس کی ہبل سطح صوب نظر آتی ہے۔ رحم ورم کے اوپر چڑھا ہوا محسوس ہوتا  
ہے۔ اور وہ درمیان میں نہیں آتا۔ بلکہ کسی ایک جانب مڑا ہوا ہوتا ہے۔

MASS میں TENDERNESS ہوتی ہے۔ سرے غیر نمایاں ہوتے ہیں

ماہیت بعض جگہ پر CYSTIC اور بعض جگہ پر ٹھس ہوتی ہے۔ ماہیت کی یہ

تبدیلی ہی ایک اہم علامت ہو سکتی ہے۔ HAEMATOCELE کی لمبائی کو مقعدی معاینہ کے ذریعہ باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔

## علامات فارقہ

INCARCERATED RETROVERTED GRAVID UTERUS

ایسی حالت میں حمل کے تیسرے چھ مہینے میں جبکہ رحم مقبض ہوتا ہے اکثر حمل منبذ کا شک ہوتا ہے۔ ابتدا میں عسر ولول اور بعد میں احتباس بول ہوتا ہے دونوں ہی صورتوں میں علق الرحم لجام عانی سے پچھلے کھسک آتی ہے۔ لیکن باردار رحم ہونے کی حالت میں یہ سامنے کی جانب کافی آجاتی ہے۔ RETROGRAVID UTERUS میں قلع الرحم بارحم کا کوئی بھی جز POUCH OF DOUGLAS میں MASS سے علاحدہ نہیں محسوس کیا جاسکتا جبکہ HAEMATOCELE میں رحم کا تھوڑا جز یا مکمل رحم MASS کے اوپر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ RETROGRAVID UTERUS ایک ہی جیسا محسوس ہوتا ہے جبکہ PELVIC HAEMATO CELE کی ماہیت تبدیل ہوتی رہتی ہے۔

PELVIC ABSCESS حراج عانی

تمام علامتیں وہی ہوتی ہیں جو PELVIC HAEMATO CELE میں ہوتی ہیں۔ ہسٹری کے ذریعہ ان کی تفریق و تشخیص باسانی ہو جاتی ہے حراج عانہ ہونے کی صورت میں حال ہی میں ہونے والے POSTABORTAL یا سوزا کی تعدیہ کا پتہ چلتا ہے۔ اس میں ٹیمپرچر کم زیادہ ہوتا رہتا ہے اور LEUCOCYTOSIS کافی نمایاں ہوتا ہے۔

INCARCERATED OVARIAN CYST WITH

## حمل رحمی کے ساتھ ہونے والی محتبس کیسہ مبدیضی

UTERINE PREGNANCY

POUCH OF DOUGLAS بطن میں درد اور مہیلی جریبان دم کے ساتھ  
 میں MASS ہونے کی صورت میں حمل متبذ کا شک ہوتا ہے لیکن اقتباس طٹ  
 کی غیر موجودگی اور کیسہ کی مابیت ایک ہی جیسی ہونے سے دونوں کے درمیان تفریق  
 بخوبی ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اگر POUCH OF DOUGLAS کی  
 رطوبت کو باہر نکال کر دیکھا جائے تو یہ مصل (SEROUS) یا مخاطی  
 (MUCOID) ہوتی ہے۔

## حمل رحمی کے ساتھ رحم کی خلفی دیوار میں ہونے والا سلعیفی

اس کی سب سے اہم علامت اقتباس بول ہے۔ اگر ایسی حالت میں مہیلی معاینہ  
 کیا جائے تو یہ یہ چلتا ہے کہ عنق الرحم پیچھے کی جانب عانہ کے پیچھے کھینچی ہوئی ہوتی ہے۔  
 POUCH OF DOUGLAS میں رہنے والا MASS سخت اور مدور  
 ہوتا ہے اور عنق الرحم کے مد مقابل ہوتا ہے۔

ACUTE FULMINATING - ۲

اس قسم میں مریضہ پہلے بالکل تندرست رہتی ہے اس کے بعد یکبارگی بیمار ہو جاتی  
 ہے۔ پیٹ میں شدید درد ہوتا ہے۔ اور وہ ایسا محسوس کرتی ہے جیسے کوئی شے پیٹ کے  
 اندر بھٹ گئی ہو۔ ابتدا میں درد بطن کے زیریں حصہ میں کسی ایک جگہ تک ہی محدود رہتا ہے  
 لیکن چند گھنٹوں کے اندر پورے بطن میں پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات خصوصاً INTER-

### ISTHMIC TUBAL PREGNANCY یا STITIAL

کے انشقاق کی صورت میں احتباس طمث یا مہل جریان دم نہیں ہوتا۔ مریضہ کی رنگت تھوڑی ہی دیر کے اندر زرد ہو جاتی ہے۔ نبض کی رفتار تیزی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن B.P. کم ہونے کی وجہ سے اس کا حجم کم ہو جاتا ہے۔ پسینہ بہت زیادہ نکلتا ہے۔ پیاس بہت لگتی ہے جلد سرد اور چھپی ہو جاتی ہے۔ اندرونی نرف کی وجہ سے بے چینی اور ہوا کی خواہش بڑھتی ہی جاتی ہے۔ بطن کا معاینہ کرنے پر TENDERNESS پھیلی ہوئی محسوس ہوتی ہے۔ لیکن عضلات میں صلابت نہیں ہوتی۔ باریطونی جوف میں اجتماع دم کی وجہ سے بعض اوقات SHIFTING DULNESS ہوتی ہے۔ لیکن یہ علامت قابل اعتماد نہیں ہوتی۔

بطن اور مہل میں TENDERNESS ہونے کی وجہ سے دودستی مہلی معاینہ کرنا ممکن نہیں ہوتا۔ درحقیقت مہلی معاینہ کے دوران TENDERNESS کی غیر موجودگی حمل متبذ کے انشقاق کے علاوہ کسی دوسرے مرض پر دلالت کرتی ہے۔ اگر ابتدائی دنوں میں انشقاق ہوا ہو تو FORNICES میں کوئی MASS محسوس نہیں کیا جاسکتا بلکہ POUGH OF DOUGLAS میں اجتماع دم کی وجہ سے کم زیادہ ہونے والی غیر واضح CYSTIC FULLNESS ہوتی ہے۔ جب دس ہفتہ یا اس سے زیادہ عمر کا بیضہ شق ہوتا ہے تو کسی ایک جانب کے۔ FORNIX میں غیر نمایاں MASS محسوس کیا جاسکتا ہے۔

## علامات فافز

### نرفی باریطونی کے ساتھ جسم اصغریا حویصلہ جراف کا انشقاق

یہ صورت بہت ہی کم پائی جاتی ہے۔ اس کی علامتیں حمل متبذ کے انشقاق حاد ہی کی مانند ہوتی ہیں۔ شدید قسم کا نرف ہوتا ہے۔ بطن میں یکبارگی درد کے ساتھ نرف کی دیگر علامتیں بھی ہوتی ہیں۔ مہل کا معاینہ کرنے پر TENDERNESS ہوتی ہے۔



اور اقعاع دم کی وجہ سے POUCH OF DOUGLAS بھرا ہوا محسوس ہوتا ہے

کیسہ رحمی کے PEDICLE کا شق ہونا

ایسی حالت میں مرفیہ یکبارگی بطن میں درد ماد کی شکایت کرتی ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ صدمہ (SHOCK) کی بھی علامتیں ہوتی ہیں چہرہ زرد ہو جاتا ہے اگر انفصال (TORSION) یکبارگی ہو تو فے ایک اہم علامت ہو آ کرتی ہے۔ بطن کے زیریں حصہ میں TENDERNESS اور صلابت نمایاں طور پر محسوس ہوتی ہے اور اس جانب زیادہ ہوتی ہے۔ جہاں کیسہ موجود ہوتی ہے۔ جہلی معاینہ کرنے پر کسی ایک FORNIX میں بخوبی نظر آنے والا TENDER اور تنا ہوا MASS محسوس کیا جاسکتا ہے

#### ACUTE APPENDICITIS

اس مرض میں درد داہنے ILIAC FOSSA میں ہوتا ہے۔ اور MACBURNAY'S POINT پر TENDERNESS ہوتی ہے دودستی معاینہ کرنے پر بھی TENDERNESS پائی جاتی ہے تیز بخار نبض سریع۔ بڑھتا ہوا LEUCOCYTOSIS اس کی اہم علامتیں ہوتی ہیں۔

#### ورم قاذفین حاد

فلٹ کے دوران درد شروع ہونے یا حال ہی میں ہونے والے اسقاط کے بعد درد ہونے کی حالت میں ورم قاذفین حاد کا پتہ چلتا ہے قشعرہ کے ساتھ ٹھیرچیر کا بڑھنا بھی اس کی ایک اہم علامت ہے جبکہ حمل منتبذ میں پختہ پھر نارمل یا اس سے بھی کم ہوتا ہے۔ اور بائیلٹونی نرت کی وجہ سے نبض کی رفتار بڑھتی ہی جاتی ہے B. P. کم ہو جاتا ہے اور جسم تدریج زرد ہوتا جاتا ہے۔

## ADVANCE .ECTOPIC PREGNANCY

اقتباس طمث کے ساتھ ساتھ تھوڑے وقفہ سے جسیان دم ہوتا ہے۔ ابتدائی مہینوں میں پیٹ میں درد بھی ہوتا ہے۔ پستان میں ویسی ہی تبدیلیاں ہوتی ہیں جیسی کہ رحم کے اندر ہونے والے حمل میں ہوا کرتی ہیں۔ پیٹ میں درد مسلسل یا وقفہ کے ساتھ ہوتا ہے جو

PLASTIC PERITONITIS یا اشار بطن کے بدلتے ہوئے تشترکی سافت کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ جینین کی پرزور حرکت، مریض مسلسل محسوس کرتی رہتی ہے تا وقتیکہ جینین مر نہ جائے۔ غل ٹرم کے وقت یا اس کے قریب تھوڑی دیر کیلئے درزہ کاذب (FALSE LABOUR PAIN) ہوتا ہے جس کے ساتھ یلڈنگ بھی

ہوتی ہے اور DECIDUAL CAST بھی خارج ہوتی ہے جینین کے مرنے کے بعد کوئی خاص علامتیں ظاہر نہیں ہوتیں۔ بعض اوقات اقتباس طمث قائم رہتا ہے۔ بعض میں طمث پھر سے شروع ہو جاتا ہے۔ بطن کا معاینہ کرنے پر جینین کے اچھے بخوبی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ رحم کے اندر ہونے والے حمل کی یہ نسبت اس میں بطن کا ابھار اتنا نمایاں نہیں ہوتا جینین PELVIC BRIM سے ابھرا عرض یا ترچھا ہوتا ہے۔ جینین کا مرکز سے ہٹا ہوا کسی ایک جانب ہوتا اس مرض کی ایک اہم علامت ہے۔ ہیل معاینہ کرنے پر رحم کے اندر ہونے والے حمل کے برخلاف عنق الرحم ٹھس ہوتی ہے جبکہ رحم ٹپا ہونے والے حمل میں عنق الرحم نرم ہوتی ہے۔

بطن حمل میں عنق الرحم کا ہیل حصہ ٹھس ہوتا ہے۔ PRESENTING PART کو ہیل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کے ذریعہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ رحم نارمل یا تھوڑا بڑھا ہوا۔ سامنے اور جانیں میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

## ایکسرے میں ظاہر ہونے والی علامتیں

LATERAL FILM میں جینین کے جسم کے صے فقرات کے پیچھا بہت ہی قریب نظر آتے ہیں جینین لحام عانی سے بہت اوپر مرکز سے ہٹا ہوا یا TRANS-VERSE LIE میں ہوتا ہے۔ ANTERO-POSTERIOR FILM

میں GAS SHADOWS پائے جاتے ہیں درزہ کا ذب کے دوران رحم کی انقباضی حرکت محسوس نہیں کی جاسکتی لیکن جہلی جریان دم کی وجہ سے SHOW کا شک ہوتا ہے۔

ہینن کے مرنے کے بعد GESTATION SAC سکڑ کر چھوٹا ہو جاتا ہے۔ تعدیہ ہونے کی صورت میں اس کی تشخیص برسوں نہیں ہو پاتی۔ اور جنین LITH- OPAEDION میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ GESTATION SAC بطن میں موجود ہونے کے باوجود تھوڑے دنوں کے بعد مٹ دوبارہ شروع ہو سکتا ہے اور استقرار حمل بھی ہو سکتا ہے اگر SAC تعدیہ ہو جائے تو مادہ ABDOMI- NAL SINUS یا بہل۔ مثانہ، یا مقعد میں ہونے والے ناسور کے ذریعہ خارج ہو جاتا ہے۔

## قاذف میں ہونے والے حمل کا علاج

دیا جائے۔ گرم پانی کی تھیلیوں کے (gr½) INF. MORPHINE ذریعہ مریضہ کے جسم کو گرم رکھا جائے جو مریضہ ہو اسے COLLAPSE BLOOD TRANSFUSION کیا جائے۔ اس کے ساتھ ہی ساتھ صب ضرورت سرجیکل ٹرینٹ کریں۔

## حمل مبغضی

### OVARIAN PREGNANCY

حمل متبذکی ہی قسم سب سے کم ہوتی ہے۔ اس کی دو قسمیں ہیں ابتدائی (پرائمری) اور ثانوی (سکنڈری) ابتدائی کی بھی دو قسمیں ہوتی ہیں عمیقی (DEEP) اور سطحی (SUPERFICIAL) عمیقی ابتدائی حمل مبغضی کی دو صورتیں ہوتی ہیں۔

۱۔ درون حویصلہ (INTRA FOLLICULAR)

۲ - بیرونی حویصلہ (EXTRAFOLLICULAR) اے۔

JUXTAFOLLICULAR یا INTERSTITIAL بھی کہتے ہیں

سطحی کی بھی دو قسمیں ہوتی ہیں۔

۱ - سطحی صادق (TRUE SUPERFICIAL)

۲ - فوق الحویصلہ (SUPRA FOLLICULAR)

ثانوی حمل بیضی مشترک ہوتی ہے۔

درون حویصلہ قسم میں انصاب حویصلہ میں ہوتا ہے۔ سطحی اور بیرون حویصلہ میں بارہ بیضہ بیض کے سطحی تہہ یا اس کی سطح پر نسب ہوتا ہے۔

## علامات

(انشقاق سے قبل) بیض میں ہونیوالے حمل کو غلطی سے کیسہ بیضی ہی سمجھ لیا جاتا ہے لیکن صحیح تشخیص آپریشن کے بعد نیچ کے خوردبینی معاینہ ہی کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ (انشقاق کے بعد) شدید قسم کے باطلونی نرفت کی حالت میں حمل متبذ کا پتہ چلتا ہے لیکن آپریشن کے بعد ہی بیضی حمل کی تصدیق ہو پاتی ہے چونکہ حویصلہ یا جسم اصغر میں ہونے والے سلوہ دمویہ کی علامتیں اس کی مانند ہوتی ہیں اس لیے دونوں کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

## عق الرحم میں ہونے والا حمل

CERVICAL PREGNANCY

یہ حمل تین قسم کا ہوتا ہے۔

۱۔ صادق (TRUE)۔

اس قسم میں غشاء ساقط (DECIDUA) نہیں ہوتی۔ اور حمل کی یہ قسم بارہ تہہ

سے زیادہ قائم نہیں رہتی۔ جنرولی طور پر علاحدہ ہونے کی وجہ سے شدید قسم کی بلیڈنگ ہوتی ہے۔

### ISTHMO CERVICAL PREGNANCY

-۲

اس قسم میں مشیر بہت آسانی سے علاحدہ ہو جاتا ہے اور جریان دم بھی زیادہ نہیں ہوتا۔



### CERVICAL PREGNANCY

۳۔ ENDOMETRO-ISTHMO CERVICAL PREGNANCY میں

موت تھوڑا سا ہی حصہ چسپاں ہوتا ہے۔ بیضہ آسانی سے علاحدہ ہو جاتا ہے۔ اور زیادہ بلیڈنگ بھی نہیں ہوتی۔

عنق الرحم میں ہونیوالے حمل کی تشخیص کا انحصار عنق الرحم کے بڑھاؤ اور پھیلاؤ پر ہے  
HYSTERECTOMY کرنے کے بعد ہی اس کی تشخیص ہو سکتی ہے۔ چونکہ مہیضی حمل کی

مریضہ میں شدت نرف کے امکانات ہوتے ہیں اس لیے TRANSFUSION

کے لیے کافی مقدار میں خون موجود ہونا چاہئے۔ جریان دم کو روکنے کے لیے رحم اور عنق الرحم

کو PLUS کرنا چاہئے۔ اگر اس کے بعد بھی بلیڈنگ نہ رکے تو HYS-

RECTOMY کی جائے۔

سولھواں باب

## اعضاء تناسل میں ہونے والی نمو غیر خبیثہ

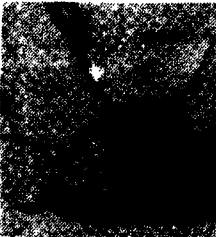
BENIG GROWTH

مہبل اور فرج میں ہونے والی نمو شاذہ

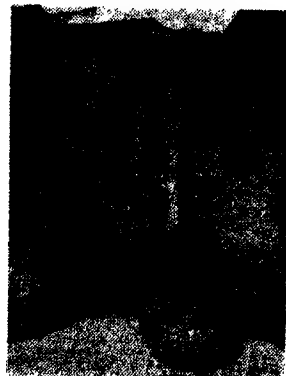
سلیفی

FIBROMA

فرج میں عموماً یہی نمو زیادہ ہوتی ہے۔ جس میں PEDICLES ہوتے ہیں بعض اوقات یہ PEDICLE اتنا پتلا اور لمبا ہوتا ہے کہ نمو رافوں کے درمیان لٹکتی نظر آتی ہے۔ یہ نمونسترے کے برابر ہوتی ہے اور MYXOMATOUS DEGENERATION کی وجہ سے یہ نرم ہوتی ہے۔ اس میں عوارض ظاہر نہیں ہوتے۔ PEDICLE کی جڑ کو قطع کر کے اسے باسانی نکالا جاسکتا ہے۔



۵۱ - فرج میں ہونے والا LIPOMA



۵۰ - فرج میں ہونے والا FIBROMA

## سلعہ شمی LIPOMA

سلعہ یعنی کی بہ نسبت یہ کم ہوتی ہے۔ یہ PEDUN- یا SESSILE  
CLUDED - دونوں ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات صرف ایک ہی شغریہ ہوتی ہے  
اور پھیلی ہوتی ہوتی ہے۔

## سلعہ عضلی MYOMA

یہ رباط عریض (BROAD LIGAMENT) میں بہت ہی  
کم ہوتی ہے اگر ہوتی بھی ہے تو عوارض ظاہر نہیں ہوتے۔ عام طور پر چھوٹے  
سنترے کے برابر ہوتی ہے۔ نیچ کے خوردبینی معائنہ کے ذریعہ اس کی تشخیص آسانی  
کی جاسکتی ہے۔

## SEBACEOUS CYST

یہ فرج میں ہونیوالی کیسہ ہے جو جلدی ہوتی ہے۔ چھوٹی اور مدور ہوتی  
ہے اور اس میں عوارض ظاہر نہیں ہوتے۔

## ENDOMETRIAL GROWTH

فرج میں ENDOMETRIOSIS بہت ہی کم ہوتا ہے  
لیکن شغریان کبیر کے اوپر ہی حصہ میں چھوٹی گرتھ ہو سکتی ہے۔

## URETHRAL CARUNCLE

یہ سن یا سن کے بعد ہوتی ہیں۔ جو تعداد میں ایک چھوٹی SESSILE  
یا PEDUNCULATED ہوتی ہے اور منفذ کے قریب بھری بول کے  
خلقی دیوار سے منسلک ہوتی ہے۔ یہ گرتھ PAPILLOMATOUS INFLA-  
ADENOMATOUS یا ANGIOMATOUS -MMATORY

ہوتی ہیں

## ورم کے نتیجے میں ہونے والا URETHRAL CARUNCLE

بحری بول کے گرد ہونے والے غدو میں ورم مزمن ہونے کے نتیجے میں وہاں کی بشرہ میں بہت سی تہہ پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ ہلکے زرد رنگ کی sessile اور چھوٹے میں بہت زود جس ہوتی ہیں۔ خوردبین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر اس کی سطح STRATI- FIED EPITHELIUM سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ جس کے نتیجے میں GRANU- LATION TISSUE ہوتے ہیں۔

### PAPILLOMATOUS CARUNCLE

اس کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ سطح چھٹی اور غیر ہموار ہوتی ہے۔ خوردبین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر اس کی سطح بشرہ طباقہ SQUAMOUS EPITHELIUM سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے اور کہیں کہیں پر گہرا غلاف جیسا نظر آتا ہے۔

### ANGIOMATOUS CARUNCLE

یہ گروتھ شوخ سرخ کی ہوتی ہے۔ یہ عام طور پر PEDUNCULATED اور بہت زود جس ہوتی ہے۔ خوردبینی معائنہ کرنے پر اسٹروما میں عروق دمویہ بکثرت نظر آتی ہے۔ بعض میں CARUNCLE میں عوارض ظاہر نہیں ہوتے صرف معائنہ کے دوران ہی ان کا پتہ چلتا ہے۔ ان عورتوں میں کسل البول کے ساتھ ساتھ عسر بول عام طور پر ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس کی سطح سے معمولی نزل بھی ہوتا ہے۔ زود جس ہونے کی وجہ سے ان میں DYSpareunia بھی ہوتا ہے۔

## علاج

CAUTERIZATION یا EXCISION  
HISTOLOGICAL EXAMINA - EXCISION کے بعد اس کا  
- TION - ضروری ہے۔



# سلعات مہبل

TUMOUR OF VAGINA

CYSTIC TUMOUR

سلعات کیسی

- VAGINAL CYST

سلعات مہبلی

یہ کیسہ مہبل کے قدانی اور جانبی یا خلفی دیوار پر ہوتے ہیں۔ یہ چھوٹی سائز کے ہوتے ہیں اور ان کی وجہ سے مہبل کی دیواریں اتنی پتلی ہو جاتی ہیں کہ اس سے خیم شفاف کیسہ کی دیوار دکھائی دینے لگتی ہے۔

عق الرحم اور رحم میں ہونے والی نمو شاذہ

FIBROMYOMATA

سلمی لسانی عضلی

جالیٹوس نے دوسری صدی میں رحم کے کسی بھی حصہ میں ہونے والے سلمی لسان

(HARD TUMOUR) کو 'SCLEROMA' اور

بقراط نے سن رسیدہ عورتوں میں پائے جانے والے CACIFIED FIBR-

OMA - کو 'WOMB STONE' کے نام سے بیان کیا ہے۔ لیکن

ROKITANSKY نے 1857 FIBROID کے نام سے بیان کیا ہے۔

فائبروما رحم میں ہونے والی ایک گردتہ ہے جو اس کے عضلاتی دیوار سے نکلتی

ہے۔ لیکن بعض اوقات اس سے منسلک رباط (رباط مدورہ اور رباط رحمی عجزی) سے



۵۲

### BILATERAL ROUND LIGAMENT FIBROMYOMA

بھی پیدا ہوتی ہے۔ اس کی ساخت میں یعنی اور ہموار عضلاتی نسج ہوتے ہیں۔ زمانہ صلاحیت تولید کے دوران یہ کبھی بھی ہو سکتی ہے۔ لیکن عام طور پر ۲۰ سے ۴۵ سال کی عمر کے درمیان زیادہ ہوتی ہے۔ حالانکہ اس کا ڈیولپمنٹ ۲۰ سال کی عمر سے ہونے لگتا ہے۔ ۹۰ سے ۹۲ فی صد FIBROMYOMATA جسم رحم میں ہوتی ہیں جبکہ عنق الرحم میں ۸ سے ۱۰ فی فیصد۔ اسی طرح یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ یہ جسم رحم میں متحد ہوتی ہیں لیکن عنق الرحم میں مرت ایک ہوتی ہے۔

جب FIBROMYOMA غشاء مبطن رحم میں ہوتی ہے تو اسے INTRAMURAL کہتے ہیں۔ جب اس کی گردتہ باہر کی جانب ہوتی ہے تو اسے SUBSEROUS اور جب اندر جوت رحم کی طرف ہوتی ہے تو اسے SUBMUCOUS کہا جاتا ہے۔

## تحت الباریطونی

### SUBSEROUS ! SUBPERITONIAL

INTRAMURAL گردتہ جو غشاء مبطنی کے نیچے ہوتی ہے۔ جب اس کی سائز مزید بڑھتی ہے تو اسے SUBSEROUS کہا جاتا ہے۔ چونکہ یہ باریطون کی جانب بڑھتی ہے اس لئے عضلات کی پتلی تہہ کو سامنے کی جانب ڈھکیل دیتی ہے۔ اور زیادہ بڑھ جانے کے بعد یہ مرت باریطون سے ڈھکی ہوئی رہ جاتی ہے۔

یہ یا تو *SESSILE* ہوتی ہے جو جزوی طور پر *SEROUS* اور *INTRAMURAL* دونوں ہی ہوتی ہے۔ یا پھر یہ مکمل طور پر باہر آبائی ہے اور ایک *PEDICLE* کے ذریعہ رحم سے چسپاں ہوتی ہے۔

بیفرجی (*INTERSTITIAL (INTRAMURAL)*)

یہ عضلات رحم میں ہوتی ہیں۔ تعداد میں ایک یا ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں۔ ان کی سائز تبدیل ہوتی رہتی ہے۔ ایک سے زیادہ ہونے کی حالت میں رحم کی وضع تبدیل ہو جاتی ہے۔

تحت المخاطی *SUBMUCOUS*

سلعہ بیفرجی یعنی عضلی (*INTERSTITIAL FIBROMYOMA*)

جو عضلات کے تہہ میں ہوتی ہیں اپنے نشوونما کے لئے جو رحم کی جانب مائل ہوتی ہیں ابتداء میں ایسی تمام گروتھ *SESSILE* ہوتی ہیں اور غشاء مبطن رحم سے دھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ سائز میں بڑھنے کی وجہ سے رحم کی انقباض حرکت گروتھ کو باہر دھکیل دیتی ہے جس کی وجہ سے وہ *PEDUNCULAR* ہو جاتی ہیں۔



۵۳۔ Fibromyoma کی مختلف صورتیں



۵۴۔ جون رحم میں رہنے والی **SESSILE SUBMUCOUS POLYP** پہلے چوڑے اور چھوٹے ہوتے ہیں اس کے بعد لمبے اور پتلے **PEDICLE** ہو جاتے ہیں۔ سلو دھیرے دھیرے عنق الرحم میں ٹھنسن جاتی ہے اور اس کے بعد مہبل میں **SUBSEROUS POLYP** کی حیثیت سے قائم رہتی ہے۔ ایک وقت ایسا آتا ہے جبکہ رحم اسے دھکیلنے سے قاصر ہوتا ہے ایسی حالت میں رحم کی دیواریں دبیز ہوتی چلی جاتی ہیں اور جوف رحم سلو کو جگہ دینے کے لئے بڑھتا ہی جاتا ہے۔

### سلو عنقی لیفی عضلی **CERVICAL FIBROMYOMA**

یہ گردتھ تعداد میں مرت ایک ہوتی ہے۔ اور عنق الرحم کے فوق المہبل حصہ سے نکلتی ہے۔ اس کی نشوونما **INTRAMURAL** ہوتی ہے

جسے **CENTRAL CERVICAL FIBROMA** کہتے ہیں اگر **POSTERIOR CERVICAL FIBROMYOMA** اس کی گردتھ خلفی جانب ہو تو

اور اگر قدانی جانب ہو تو ANTERIOR CERVICAL FIBRO-

MYOMA - کہتے ہیں۔ عنق الرحم کے پہلی حصہ میں ہونے والا FIBROMY-

OMA - عام طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ لیکن بعض اوقات اتنا بڑا بھی ہو جاتا ہے پوری پہلی میں پھیل جاتا ہے۔ اور مجری بول پر اس کے دباؤ کی وجہ سے پیشاب کرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے۔ بعض اوقات احتباس بول بھی ہوتا ہے۔

CERVICAL FIBROID باریطون میں ہونے کی حالت میں اسے

پھیلنے کے لئے بہت محدود جگہ مل پاتی ہے۔ اس کے نتیجہ میں مثلاً، مجری بول، مقعد، عانہ کی دریدوں اور اعصاب پر دباؤ کی علامتیں موجود ہوتی ہیں مرکزی عنقی FIBROID جو گلوب کی مانند ہوتی ہے ایسی حالت میں پھیل کر بیلن کی مانند ہو جاتی ہے۔ اور نم پہلی کے بیچ میں دکھائی دیتی ہے۔

قدانی عنقی FIBROID کی وجہ سے عنق الرحم کی شکل میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ جیسے جیسے گروتھ بڑھتی ہے رحمی مثانی باریطون پھیلتا جاتا ہے۔ گروتھ اگر بہت بڑی ہو تو اس کے دباؤ کے نتیجہ میں عسر بول یا احتباس بول ہو سکتا ہے۔ خلقی عنقی FIBROID کی باریطونی گروتھ محدود ہوتی ہے یہ جیسے جیسے بڑھتی ہے غلمی عانہ کی بناوٹ کی مناسبت سے تبدیل ہوتی جاتی ہے۔

رباط عریضہ میں ہونے والی سلعہ لیفی عضلی



MULTIPLE BROAD LIGAMEN FIBROMYOMA

یہ سلعو رحم کے جانبی کناروں سے نکلتی ہے اور اس کی گردتھ رباط عریضہ کے جانبی حصہ میں یعنی عضلی (FIBROMUSCULAR) النجر سے ہوتی ہے۔ اس کی نحو بہت تیزی کے ساتھ ہوتی ہے۔ یہ گردتھ جیسے جیسے بڑھتی ہے رحم کو مخالف جانب دھکیلتی جاتی ہے۔ بڑی گردتھ کے نتیجے میں غالب پر بھی دباؤ پڑ سکتا ہے اس دباؤ کی وجہ سے وہ اپنی جگہ سے تھوڑا ہٹ بھی سکتا ہے۔ اور اس کے نتیجے میں HYDROURETER اور HYDRONEPHROSIS ہوتا ہے۔

## رباط رحم میں ہونے والی سلعو لیفی عضلی

رباط مدور یا رباط رحمی عجزی کے لیفی عضلی النجر ہونے والے سلعات عام طور پر کرکٹ کی گیند سے بڑے نہیں ہوتے۔ یہ رباط مدور کے بطنی اور اربی حصوں میں ہوتے ہیں۔

## لیفی عضلی سلعات میں ہونے والی ثانوی تبدیلیاں

### DEGENERATIVE CHANGES

#### HYALINE DEGENERATION

زیادہ تر سلعات میں یہ تبدیلیاں موجود ہوتی ہیں۔ یہ تبدیلی گردتھ کے مرکزی حصہ میں نمایاں طور پر نظر آتی ہے اور دوران خون کی کمی کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔

#### CYSTIC DEGENERATION

سلعات لیفی کے کیسی خلا میں صاف یا گدلا بھوسے کے رنگ کا سیال آجاتا ہے جو HYALINE مادہ کے پگھلنے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اس طرح سے بننے والی جوف صمغ معنوں میں کیسہ نہیں ہوتی۔ کیونکہ ان میں بشرہ کا استر نہیں ہوتا۔ یہ چھوٹے چھوٹے کیسی ایک ساتھ مل کر ایک بڑی کیسہ بناتے ہیں۔ بعض اوقات سلعات لیفی عضلی میں ایک بناوٹی احتباسی (RETENTION) کیسہ بن جاتی ہے۔ اور اس وقت کیسہ کی دیواروں پر ENDOTHELIAL خلیات کا استر ہوتا ہے جب سلعو لیفی عضلی HYALINE DEGENERATION کی زیادتی کے نتیجے میں کیسی

(CYSTIC) ہو جاتی ہے تو اس پر کیسہ مبعضی کا شک ہوتا ہے۔

#### FATTY DEGENERATION

یہ تغیرات بہت ہی کم ہوتے ہیں۔ اگر ہوتے بھی ہیں تو CALCEROUS DEGENERATION سے قبل۔ عام طور پر یہ صورت ان سلعات میں پائی جاتی ہے جن میں HYALINE CHANGES ہو چکی ہوتی ہیں۔

#### CALCEROUS DEGENERATION

یہ ایٹرونی کے نتیجے میں ہونے والی تبدیلیاں ہیں جو سن رسیدہ عورتوں میں SUB-SEROUS TUMOUR ہو ا کرتی ہیں۔ غلیات میں اکٹھا ہونے والے شمی اجزاء میں عمل تصبن (SAPONIFICATION) شروع ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد کیلشیم کاربونیٹ اور کیلشیم فاسفیٹ خون میں موجود ہونے والے کاربونک

۴۹



CALCIFIED FIBROMYOMA

۵۰

ایسڈ اور فاسفورک ایسڈ سے بنتا ہے۔ HYALINE کے برخلاف (جس میں تبدیلیاں مرکزی حصہ میں ہوتی ہیں) اس میں تنکس گر و تھر کے محیطی حصہ میں ہوتا ہے۔ جہاں پر خون کی رسد بکثرت ہوتی ہے۔ عروق دموی کے ساتھ ساتھ دھاریوں کی شکل میں تنکس کے سفید رنگ ریت کی مانند ایریا ہوتے ہیں۔ تنکس کی زیادتی کی صورت میں پورا سلسلہ ایک ٹھوس MASS میں تبدیل ہو جاتا ہے جسے ایکسرے کے ذریعہ بآسانی دیکھا جاسکتا ہے ان ٹیومر کو WOMB STONES کہتے ہیں۔

## MALIGNANT CHANGES

## SARCOMATOUS CHANGES

۵۷



SARCOMATOUS DEGENERATION FIBROMYOMA ۵۷

سلفی عضلی میں MALIGNANT CHANGES کے امکانات

% 1-2 ہوتے ہیں۔ گردتھ کا تیزی کے ساتھ بڑھنا TENDERNESS  
اور مہلکی جریان دم میں اضافہ اس کی اہم علامتیں ہوتی ہیں۔ یہ تبدیلی عموماً ۱۰ سال  
سے زیادہ عمر کی عورتوں میں ہوتی ہے۔ یہ تبدیلیاں گردتھ کے مرکزی حصے سے شروع  
ہوتی ہیں۔ یہ بھورے رنگ کے ایبریا ہوتے ہیں جن کی شناخت باسانی کی جاسکتی  
ہے یہ یکساں اور اطراف کے فیج کی بہ نسبت نرم ہوتے ہیں بعد میں NECROSIS  
کے نتیجے میں ناہموار ہونے کی وجہ سے دماغ کی ساخت کی مانند ہو جاتی ہیں یہ جوت  
خون سے پر ہوتی ہیں۔



## INFLAMMATORY CHANGES

خراج کے ساتھ ہونے والی ورم

سلفی فیبرجی لیفی عضلی (INTERSTITIAL FIBROMYOMATA)



میں تعدیہ کے امکانات بہت کم ہوتے ہیں۔ ان میں تعدیہ کا امکان صرف عروق دمویہ ہی کے ذریعہ ہوتا ہے۔ اگر

SUBSEROUS FIBROMYOMATA

کے PEDICLE میں پیچیدگی ہو تو اس میں آنتوں کے ذریعہ تعدیہ ہو سکتا ہے۔ اسی طرح غانہ میں ہونیوالا

SUBSEROUS MYOMA

ورم قاذف و مبیض (SULPINGO OÖPHORITIS) کے نتیجے میں

لوٹ ہو سکتا ہے۔ سن یا سن کے بعد SUBMUCOUS POLYP میں اکثر تعدیہ

ہو جایا کرتا ہے۔ وضع حمل کے دوران لگنے والی گزند یا CURETTAGE کے بعد

رحم کے اندر ریڈیم کے استعمال کے نتیجے میں سلف بن سکتا ہے۔ خون کا دوران کم ہونے

کے نتیجے میں سلف عموماً زیرین کمناسے پر ہوا کرتا ہے۔ لیکن بعد میں مکمل گروتھ میں

یہی کیفیت پائی جاتی ہے۔

## دوران خون میں ہونے والی تبدیلیاں

### ایٹرونی

مبیض کے افعال کے ختم ہونے کے بعد گروتھ میں ایٹرونی شروع ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ سن یا سن کے بعد ان کی سائز کم ہو جاتی ہے۔

NECROSIS

جب فائبروما تو کا دوران خون یکبارگی رک جاتا ہے (جیسا کہ اس کے PEDICLE کے انفصال کے بعد ہوتا ہے) تو NECROSIS شروع ہو جاتا ہے۔ چونکہ فائبروما تو کے درمیان حصہ میں دوران خون کم ہوتا ہے اس لئے NECROSIS عموماً یہیں شروع ہوتا ہے۔

(RED DEGENERATION) NECROBIOSIS

یہ NECROSIS ہی کی ایک قسم ہے لیکن اس کے رنگ اور حمل کے دوران بار بار ہونے کی وجہ سے اسے علیحدہ قسم خیال کیا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں انسجریں DEGENERATION جزوی ہوتا ہے جس کی بعد میں اصلاح

بھی ہو جاتی ہے۔

## مبعض قاذف اور رحم میں ہونے والی تبدیلیاں

سلولیفی عضلی اکثر دم قاذف و مبعض مزمن کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے جو NULLIPAROUS میں سوزاک اور PAROUS میں نفاسی تعدیہ کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ کیسہ حویلی احتباسی FOLLICULAR RETENTION CYST یا LUTEIN CYST عام طور پر مبعض میں دیکھی گئی ہیں۔

سلو کے مقام کے اعتبار سے جوت رحم میں ELONGATION یا DISTORTION کی صورت پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ بیفرجی نمو میں جوت مسخ تو ہوتا ہے لیکن ELONGATION کے بغیر جبکہ SUBMUCOUS GROWTH اس کے طویل ہونے کا سبب بنتا ہے۔ سلولیفی عنق کی وجہ سے عنق الرحم

اور پراٹھ آتی ہے۔ RETROPERITONEAL FIBROMYOMATA کے بڑھ جانے کی صورت میں جسم رحم اپنی جگہ سے ہٹ کر عاز سے باہر آ جاتی ہے۔ اور قاع الرحم ناف تک پہنچ جاتا ہے۔ INTRALIGAMENTARY رباط میں ہونے والی گرتھر میں رحم میں جانی میلان بھی ہوتا ہے۔ اس کا مطلب واضح نہیں ہے اگر فرج کا معدوم ہونا مقصد ہے تو اس کو دوسرے الفاظ کے ساتھ ادا کیا جائے۔ جسم رحم کے خلفی حصہ پر بیفرجی یا تحت الباریطونی گرتھر ہونے کی صورت میں رحم کا میلان خلفی جانب ہوتا ہے۔

قاع الرحم میں ہونے والی SESSILE SUBMUCOUS GROWTH اگر رحم کے انقباض کی وجہ سے باہر خارج ہو تو اس کے ساتھ ساتھ جزوی یا مکمل انقلاب بھی ہوتا ہے۔

## عوارض و علامات

بعض سلولیفی عضلی خصوصاً SUBSEROUS گرتھر بغیر عوارض کے ہوتی ہیں۔ اور مرت اتفاقہ طور پر اس کا پتہ چلتا ہے۔ اس مرض میں ہونے والے

عوارض چار قسم کے ہوتے ہیں۔ (۱) وہ عوارض جو رحم میں سلسلہ لیفی عضلی ہونے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ جیسے طشی عوارض، عقر، سیلان اور عسر طمث۔

(۲) دوسرے عوارض وہ ہیں جو جبری بول، کلیتن، مقعد عصب عانی پر اس کے دباؤ کے نتیجے میں ظاہر ہوتے ہیں۔

(۳) وہ عوارض جو ثانوی تبدیلیوں کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں۔

(۴) ترکیبی عوارض جیسے اینمیا اور تضاغط (HYPERTENTION)

رحم میں ہونے والے سلعات لیفی عضلی کے نتیجے میں

پیدا ہونے والی عوارض  
کثرت طمث

کثرت طمث عموماً ہر مریض میں نہیں ہوتا۔ لیکن جب گردتھ INTRAMURAL (عمیق) ہو یا SUBMUCOUS ہو تو یہ مستقل رہنے والے عوارض میں سے ایک ہے۔ طمث کے ذریعہ خون ضائع ہو جانے کی وجہ سے بعض اوقات شدید قسم کا اینمیا ہو جاتا ہے ایسی حالت میں جریان کے تین اسباب ہو سکتے ہیں۔ (۱) چونکہ جوف رحم بڑھا ہوا اور اوپر اٹھا ہوتا ہے۔ اس لئے غشاء مبطن رحم بڑھی ہوئی سطح سے جریان دم بہ کثرت ہوتا ہے۔

(۲) دبیز POLYPOIDAL ENDOMETRIUM سے DYSFUNCTIONAL BLEEDING ہوتی ہے۔

(۳) MULTIPLE INTRAMURAL GROWTH کی وجہ سے رحم کی انقباضی حرکت کے نتیجے میں جریان دم شدت کے ساتھ عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔

METRRORRHAGIA

یہ INTRAMURAL BLEEDING ہے جو عام طور پر بولیب کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ بعض اوقات یہ جریان دم مسلسل اور اتنا شدید ہوتا ہے کہ مریض اینمیا میں مبتلا ہو جاتی ہے۔ کثرت طمث کی یہ صورت سلسلہ لیفی عضلی کے

SARCOMATOUS DEGENERATION میں بھی ہوتی ہے۔

عقر

SUBMUCOUS اور DEEP INTRAMURAL

گروتھ ہونے کی حالت میں بیضہ کے نسب ہونے میں دشواری ہونے کے نتیجے میں عقر ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ اس کے دواسباب اور بھی ہو سکتے ہیں۔  
(۱۱) غشاء مبطن رحم کا فرط استناج۔

MULTIPLE INTRAMURAL GROWTH (۱۱)

سیلان ابیض

سیلان غشاء مبطن رحم کے فرط استناج کی وجہ سے ہونے والے ارتشاح کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

عسر طمث

رحم کی بڑھتی ہوئی و عائی کیفیت اور غیر منظم انقباضی حرکت کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے۔

PRESSURE SYSTEMS

جسم رحم میں ہونے والے سلسلہ لیفی عضلی ہونے کی حالت میں اس کے دباؤ کے نتیجے میں عوارض بہت ہی کم ہوتے ہیں کیونکہ انھیں جوف بطن میں کافی جگہ مل جاتی ہے۔ اس کے برخلاف

RETROPERITONEAL FIBROMYOMA

میں یہ عوارض نمایاں طور پر موجود ہوتے ہیں کیونکہ جوف عاز میں اس کی گروتھ کے لئے جگہ محدود ہوتی ہے۔ ان گروتھ کی وجہ سے بخری بول اور مثانہ پر بھی دباؤ پڑتا ہے جس کے نتیجے میں عسر بول یا احتباس بول عام طور پر ہوتا ہے۔ اس کے امکانات طمث کے دوران اور بھی زیادہ ہو جاتے ہیں کیونکہ عاز میں اجتماع دم کی وجہ سے

سکلیفی عضلی کی سائز بڑھ جایا کرتی ہے۔ رباط عریض میں ہونے والے سکلیفی عضلی کی وجہ سے حاملین پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں HYDROURETER اور HYDRONEPHROSIS ہوتا ہے۔ اسی طرح مقعد پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں عرق النساء کی مانند درد اور عانہ کی ورید پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں ایک جانب کے پیر میں التهاب ہو سکتا ہے۔

## سکلیفی عضلی میں ثانوی تبدیلیوں کے نتیجے میں پیدا ہونے والے عوارض

اور FATTY , CYSTIC , HYALINE

CACALREOUS DEGENERATION کے نتیجے میں کوئی عوارض

نہیں ہوتے اور صرف آپریشن یا پلاسٹ مارٹم کے وقت ہی ان کا پتہ چلتا ہے۔

RED DEGENERATION اکثر حمل کے دوران ہوتا ہے۔ بطن میں یکبارگی

درد ہونے، تپ، ٹمپریچر کے بڑھنے اور نبض کے سریع ہونے کی وجہ سے مرض کی تشخیص

بآسانی کی جاسکتی ہے بطن کو محسوس کرنے پر گرد و تھ کی جگہ پر TENDERNESS

نمایاں طور پر موجود ہوتی ہے۔

جب سکلیفی عضلی درد اور جریان دم کے ساتھ بہت تیزی سے بڑھ رہا ہو تو ایسی

حالت میں SARCOMATOUS DEGENERATION کے امکانات ہوتے

ہیں۔ اگر یہ عوارض ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی عورت میں پیدا ہوں تو یہ بہت اہم ہوا کرتے

ہیں۔ ایسی حالت میں سکلیفی کو محسوس کرنے پر اس میں نرمی اور TENDERNESS

پائی جاتی ہے سکلیفی عضلی کے انفال حاو ( ACUTE TORSION ) کے نتیجے میں یکبارگی

شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ تپ بھی ہوتی ہے اور تمام علامتیں وہی ہوتی ہیں جو کیمہ بیضی کے

انفال حاو کی صورت میں ہوا کرتی ہیں SUBMUCOUS POLYP میں تعدیہ عموماً

نفاس کے دوران ہوتا ہے۔ اور اس کے نتیجے میں بخار کے ساتھ ساتھ ہبل سے بدبودار رطوبت

خارج ہوتی رہتی ہے۔ اگر سن یاس میں SUBMUCOUS FIBROID

میں سلف پیدا ہو جائے تو ایسی حالت میں عنق الرحم کی گروتھ اور جسم رحم کی گروتھ کے درمیان تفریق مشکل ہوتی ہے۔

## ترکیبی عوارض

بولیب تحت المخاط (SUBMUCOUS POLYP) میں مسلسل شدت کے ساتھ جریان دم ہونے کے نتیجے میں ثانوی فقر الدم (اینیمیا) ہوتا ہے۔ ثانوی فقر الدم (اینیمیا) اور INFECTED FIBROMYOMA کے ذریعہ سمیت کے انجذاب کے نتیجے میں ترکیبی عوارض ہو سکتے ہیں۔ FIBROMYOMATA میں B.P. عام طور پر بڑھ جاتا ہے۔ لیکن اسے نکال دینے کے بعد وہ نارمل لیول پر ہو جاتا ہے۔

## علامات فارقہ

### PEDUNCULATED SUBSEROUS FIBROMYOMA

اگر اس کی علامتیں ظاہر نہ ہوں تو کیسہ مبہم یا سلعات رحم اور اس کے درمیان تفریق بہت مشکل سے ہو پاتی ہے۔ لمبے PEDICLE ہونے کی وجہ سے سلعہ آزادی کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ اور HYALINE DEGENERATION کی وجہ سے کیسہ کی مانند ہو جاتا ہے تو ایسے کیسہ مبہمی سمجھ لیا جاتا ہے۔ اور جب ٹھس ہوتا ہے تو اس پر مبہض کے SOLID TUMOUR کا شک ہوتا ہے۔

### MULTIPLE SESSILE INTRAMURAL گروتھ یا

### SUBPERITONEAL GROWTH

## کے نتیجے میں ہونے والا غیر منظم پھیلاؤ

یہ ممکن ہے کہ رحم کے غیر منظم پھیلاؤ کی علامتیں ظاہر نہ ہوں اور معائنہ کے دوران اس کا پتہ چلے لیکن جب گروتھ INTRAMURAL ہوتی ہے تو کثرت طث یا عسر طث اور عقر عام طور پر ہوتا ہے۔

بلطن کا معائنہ کرنے پر سلعہ کو محسوس بھی کیا جاسکتا ہے اور نہیں بھی۔ بہلی معائنہ کرنے پر

رحم کے ارد گرد ہونے والی **MULTIPLE GROWTH** سے رحم کو علیحدہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ بلکہ وہ بھی ایک ناہموار سلسلہ کی مانند محسوس ہوتا ہے جو ٹھوس ہوتا ہے۔ عموماً رحم کے ساتھ ساتھ اس میں بھی حرکت ہوتی ہے یہ بات ذہن نشین ہونی چاہیے کہ ناہموار **FIBROMYOMATA** کے نتیجے میں بڑھے ہوئے رحم کو ہر سمت حرکت دی جاسکتی ہے۔

## دونوں جانب ہونے والا درم قاذف و مبیض مزمن یا یہ تقح الرحم مزمن

دونوں جانب ہونے والا مزمن متورم **MASS** پر اکثر **MULTIPLE FIBROMYOMATA** کا شک ہوتا ہے۔ سوزا کی یا اسقاط کے بعد ہونے والے تقدیر اور درم قاذف کے بار بار ہونے کی وجہ سے تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔ رحم عام طور پر **RETROVERTED** ہوتا ہے اور ناہموار۔ ٹھوس اور غیر متحرک **MASS** سے گھرا ہوتا ہے۔ اور جب درم قاذف و مبیض **FIBROMYOMATA** کے ساتھ ہوتا ہے تو اس کی تشخیص اور بھی مشکل ہو جاتی ہے۔

### PELVIC ENDOMETRIOSIS

درم قاذف مبیض کی مانند رحم ناہموار ٹھوس۔ غیر متحرک اور **TENDER**

**MASS** سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو **MULTIPLE FIBROMYOMATA** کی مانند محسوس ہوتا ہے۔ شدید قسم کے احتقانی عسر طث کی وجہ سے دیگر امراض کے درمیان تفریق بآسانی ہو جاتی ہے۔

**SUBMUCOUS** یا **SINGLE INTRAMURAL** گروٹھ

## گروٹھ کے نتیجے میں رحم کا منظم پھیلاؤ

ایسی حالت میں اوپر اٹھا ہوا رحم نان تک بڑھ جاتا ہے۔ اس کی اہم علامتیں کثرت طث، عسر طث اور عقر ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں دیگر اسباب کی بنا پر بڑھنے والے رحم کے درمیان تفریق ضروری ہے جسے ذیل میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا رہا ہے۔

## حمل

رحمی حمل اور ایک ہی طرح سے بڑھے ہوئے فائبرس رحم دونوں میں اکثر دھوکا ہو جاتا ہے خصوصاً جبکہ HYALINE DEGENERATION کی زیادتی کی وجہ سے سلعہ نرم ہو گیا ہو۔ لیکن احتباس طمث ہونے کی حالت میں حمل کی تشخیص یقین کے ساتھ ہو جاتی ہے لیکن یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ بعض اوقات احتباس کی غلط ہسٹری بھی دی جاتی ہے خصوصاً جبکہ بیوہ یا کنواری عورتوں کو حمل ہوا ہو۔ لہذا اس کی تشخیص کے لئے BIOLOGICAL TEST اور اگر رحم ناف تک بڑھ گیا ہو تو جنین کی کیفیت معلوم کرنے کے لئے PLAIN X-RAY بھی ضروری ہے۔

## رحم میں ہونے والا سارکوما

سلعہ کے تیزی کے ساتھ بڑھنے درد اور جریان دم سے سارکوما یا فائبروما یا مایوما کے SARCOMATOUS DEGENERATION کا پتہ چلتا ہے۔

### ADENOMYOSIS OF UTERUS

اس مرض کے عوارض فائبروما یا مایوما ہی کی مانند ہوتے ہیں۔ دونوں میں کثرت طمث عسر طث اور عقر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں رحم اتنا ہی بڑا ہوتا ہے جتنا کہ حمل کے بارہویں ہفتہ میں ہوتا ہے۔ دونوں کے مابین تفریق مرن عسر طث ہی کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

## سرطان جسم رحم

FIBROMYOMATA اور سرطان، سن یا س کے دوران یا اس کے

بعد ایک ہی ساتھ ہو سکتے ہیں ایسی حالت میں MALIGNANCY کے بارے میں

معلوم کرنے کے لئے CURETTAGE اور HISTOLOGICAL

EXAMINATION ضروری ہے۔



## سرطان شیمی CHORIONIC CARCINOMA

ایسی حالت میں VASCULAR MOLE استقاط یا حمل کی ہٹری ہوتی ہے۔  
رحم نرم ہوتا ہے اور کبھی کبھی اتنا بڑھ جاتا ہے کہ اسے بطن پر محسوس کیا جاسکتا ہے،  
اور انبو کے خوردبینی معائنہ کے ذریعہ صحیح تشخیص کی جاسکتی ہے۔

## تقح الرحم

اس میں نرم DEGENERATED FIBROMYOMA کا ٹکڑا  
ہوتا ہے۔ لیکن دونوں کے درمیان تفریق اس طرح کی جاسکتی ہے کہ جوف رحم میں  
DILATOR داخل کیا جائے اگر تقح بہہ جانے کی وجہ سے بڑھا ہوا رحم سکڑ کر  
چھوٹا ہو جائے تو تقح الرحم کی تشخیص باسانی ہو جاتی ہے۔

## جوف رحم میں SESSILE SUBMUCOUS POLYP

## ہونے کے نتیجے میں رحم کا پھیلاؤ

رحم طبعی سائز کا قدرے بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ تھوڑے تھوڑے وقفے سے غیر منظم  
طریقے پر شدت کے ساتھ جریان دم ہوتا ہے۔ عسر طمث اور عقر ہوتا ہے۔ یہی عوارض  
DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING استقاط ناقص

(INCOMPLETE ABORTION) نکوس اعوجاج خفیف مزمن

سرطان جسم رحم اور سرطان شیمی میں بھی ہوتے ہیں اس  
لئے ان کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

DYSFUNCTIONAL اور SUBMUCOUS FIBROMYOMA

BLEEDING کے درمیان صرف انبو کے خوردبینی معائنہ ہی کے ذریعہ تفریق کی

جاسکتی ہے۔ اس کے علاوہ DYSFUNCTIONAL BLEEDING

SUBMUCOUS FIBROMYOMA

کو ہارمونز کے ذریعہ روکا بھی جاسکتا ہے لیکن  
پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔

INCOMPLETE ABORTION

استقاط ناقص

احتباس طمث کے بعد غیر منظم طریقے پر یا مسلسل جریان دم کی ہسٹری سے اس کی تشخیص  
میں کافی مدد ملتی ہے۔ مہرہ عنق الرحم پھیلی ہوئی ہوتی ہے اور رحم نرم ہوتا ہے۔ CURETTE  
کئے ہوئے مادہ میں خلل مشہی (CHORIONIC VILLI) کے ساتھ  
ساتھ غشاء ساقط کے غلیات بھی ہوتے ہیں۔

CHRONIC SUBINVOLUTION

نکوص اغوجاج خفیف

اس کی خاص علامت وسیع الظہر، احتقانی احتباس طمث اور کثرت طمث ہے۔ رحم  
پھولا ہوا اور عام طور پر RETROVERTED ہوتا ہے۔ گزشتہ وضع حمل کے بعد سے  
ان عوارض کا برقرار رہنا نکوص اغوجاج خفیف کے ہونے پر دلالت کرتا ہے اور اس کے  
ذریعہ دونوں کے درمیان تفریق باسانی کی جاسکتی ہے

مہرہ عنق الرحم یا مہبل میں

SUBMUCOUS POLYP

ہونے والی اور استقاط ناقص

دونوں حالتوں میں جریان دم مسلسل اور غیر منظم طریقے پر ہوتا ہے لیکن اگر اس سے قبل  
احتباس رہا ہو تو اس سے استقاط ناقص کی تصدیق ہو جاتی ہے۔ عنق الرحم کا معائنہ کرنے پر اس  
کے دونوں کنارے کھلے ہوئے ملتے ہیں۔ بولییب کے زیریں سرے کو اکثر بیضیہ سمجھ لیا جاتا ہے۔  
لیکن دونوں کے درمیان فرق یہ ہے کہ بولییب نازک اور جلد ٹوٹنے والی نہیں ہوتی جبکہ مادہ  
حمل میں یہ صفت پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ بات دھیان میں رہنی چاہئے کہ اگر NECROTIC  
POLYP ہے تو بہت ہی نازک اور جلد ٹوٹنے والی ہوتی ہے اور ایسی حالت میں تشخیص میں  
بہت دقت ہوتی ہے۔

## جسم رحم کا پھیلتا ہوا سرطان

۵۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں میں جنہیں مہلکی جریان دم کے ساتھ ساتھ گندی رطوبت بھی خارج ہوتی ہو، دونوں کے درمیان تفریق مشکل ہو جاتی ہے۔ کھلی ہوئی مجری عنق الرحم میں نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والی SLOUGHING POLYP کو محسوس کرنے کے بعد اکثر جسم رحم میں ہونے والے FUNGATING CARCINOMA کا شک ہوتا ہے۔ لیکن CURETTE نکلے ہوئے مادہ کا خوردبینی معائنہ کرنے پر دونوں کے درمیان تفریق آسانی ہو جاتی ہے۔

## انقلاب الرحم

رحم کے مزمن انقلاب پر اکثر مہل کے SUBMUCOUS POLYP کا شک ہوتا ہے۔ دو دوستی معائنہ کرنے پر قاع الرحم کی عدم موجودگی اور متعدی معائنہ کرنے پر پیالہ کی مانند گڑھے کی موجودگی سے انقلاب الرحم کی تصدیق ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ بولیپ کی حالت میں اگر SOUND داخل کیا جائے تو اپنے طبعی لمبائی تک داخل ہو جاتی ہے جبکہ انقلاب کی حالت میں ایسا ممکن نہیں

## رباط میں ہونے والا فائبروما یا یوما

اس کی تشخیص اس وقت تک نہیں ہو سکتی جب تک کہ رحم میں دوسری گرفت نہ ہوں۔ لہذا مندرجہ ذیل امراض اور اس کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

## رباط عریض میں ہونے والا سلسہ دمویہ

یہ صورت قاذنی حمل یا دوالی کے شق ہونے کے نتیجے میں ہو سکتی ہے۔ سلسہ دمویہ اور

INTRALIGAMENTARY FIBROMYOMA دونوں ہی صورتوں

میں رحم میں جانبی میلان ہوتا ہے اور اس کے خلاف جانب ایک سخت MASS محسوس کیا جاسکتا ہے۔ فائبروما یا یوما عام طور پر اچھی طرح محسوس کیا جاسکتا ہے اور TENDER

نہیں ہوتا۔ ECTOPIC RUPTURE کے نتیجے میں ہونے والا سلعہ دمویہ  
غیر نمایاں اور TENDER ہوتا ہے اور اس کے علاوہ ہسٹری کے ذریعہ بھی  
دونوں کے درمیان تفریق ہو جاتی ہے۔

## ایک جانب ہونے والے منسلک تیق الرحم ADHERENT PYOSAL PINX

ایسی حالت میں صلب ناہموار اور غیر متحرک MASS کسی ایک جانب محسوس کیا جاسکتا  
ہے۔ جبکہ دوسری جانب دبازت ہوتی ہے۔ رحم جانی حصہ میں اتا رہا ہوا نہیں ہوتا جتنا کہ  
INTRALIGAMENTARY گردھ ہوتا ہے

### UNILATERAL PARAMETritis

اسی میں حادثہ کی ہسٹری ہوتی ہے۔ معائنہ کرنے پر عنق الرحم میں ناہموار سختی پائی  
جاتی ہے اور اس کی حرکت معدوم ہوتی ہے۔ ایک FORNIX میں پلاسٹک کی مانند  
MASS محسوس کیا جاسکتا ہے جو مکمل طور پر غیر متحرک ہوتا ہے۔

## سلسلہ لیفی عضلی فائبروما اور حمل

یہ ممکن ہے کہ کسی عورت کو MULTIPLE SUBSEROUS یا

INTRAMURAL FIBROMYOMA ہو اور اسے استقرار حمل بھی ہو جائے۔  
اور بغیر کسی پیچیدگی کے حمل کی پوری مدت گزر کر طبعی وضع حمل بھی ہو جائے۔ لیکن جب  
گردھ SUBMUCOUS ہوتی ہے یا DEEP INTRAMURAL ہوتی ہے  
تو عقر عام طور پر ہوتا ہے۔ حمل کے دوران ثانوی تبدیلیوں کے بھی امکانات ہوتے ہیں۔  
بعض عورتوں میں عسر ولادت (DYSTOCIA) بھی ہوتا ہے۔

اگر سلسلہ لیفی عضلی SUBMUCOUS ہو یا متعدد INTRAMURAL

گردھ ہوں تو ابتدائی مہینوں میں اسقاط ہو سکتا ہے۔ کیونکہ SUBMUCOUS  
فائبروما تو ماکہ کی وجہ سے بیض کے نسب ہوتے اور اس کے تغذیہ میں خلل لاحق ہوتا ہے۔  
اور متعدد INTRAMURAL GROWTH کی وجہ سے رحم ابھی طرح  
پھیل نہیں پاتا۔

## NECROBIOSIS

یہ ایک عام پیچیدگی ہے جس کے نتیجے میں بطن میں شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ ٹیپر پچر کا بڑھ جانا، متلی اور سلسلہ پر حاد TENDERNESS اس کی علامت ہوتی ہے۔ ابتدائی ہفتوں میں جبکہ باردار رحم جوت عائد ہی میں ہوتا ہے اس پر حمل مقبذہ ACUTE APPENDICITIS کا شک ہوتا ہے۔ لیکن چوتھے ہینے کے بعد جب رحم اور سلسلہ بطن میں آجاتے ہیں تو صریح تشخیص ہو جاتی ہے۔

ومع حمل کے دوران سلسلہ یعنی عضلی کی وجہ سے رکاوٹ پیدا ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات رحم میں INERTIA اور نریت بعد ولادت ہوتی ہے۔ لیکن جب سلسلہ یعنی عضلی جسم رحم میں ہوتا ہے تو اس کی وجہ سے ومع حمل میں کوئی رکاوٹ نہیں ہوتی۔ فل ڈرم پر عرق الرحم میں ہونے والی گروتھ کو نکالنے کے لئے شش قہری (CAESAREAN SECTION) کی ضرورت پڑتی ہے۔ لیکن اس وقت MYOMECTOMY مناسب نہیں کیونکہ باردار رحم کی دعائی کیفیت بڑھ جانے کی وجہ سے شدید قسم کے جریان دم کے امکانات ہوتے ہیں۔ اسقاط یا ومع حمل کے بعد SUBMUCOUS GROWTH میں گندی بدولاد رطوبت خارج ہونے کے امکانات ہوتے ہیں۔

## UTERINE POLYP

## بولیب رحم

## MUCOUS POLY OF CERVIX بولیب عنق الرحم مخاطی

یہ عموماً ایک سے زیادہ ہوتی ہے ان کی سائز مٹر کے برابر ہوتی ہے۔ یہ نرم ہوتی ہیں۔ ان کا رنگ شونخ یا گہلا سرخ ہوتا ہے ان میں چھوٹا PEDICLE بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات درم عنق الرحم مزمن کی علامتیں بھی ہوتی ہیں۔ اس مرض میں جریان دم اور سیلان دواہم علامتیں ہوتی ہیں۔ جریان دم غیر منظم طریقے پر مقدار میں کم لیکن ہلکا سا چھو دینے سے بھی لگتا ہے۔ سیلانی رطوبت مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ یہ غلیظ، مخاطی اور اکثر خون آمیز ہوتی ہے۔ اس کے اور عنق الرحم کے کیئر کے درمیان تفریق بہت مشکل سے ہو پاتی ہے کیونکہ دونوں میں معمولی گزند سے بھی نزت ہونے لگتا ہے لہذا ان کا HISTOLOGICAL

EXAMINATION بہت ضروری ہے تاکہ MALIGNANCY کے بارے

میں معلوم ہو سکے۔

اگر علق الرحم میں ہونے والی گروتھ نرم ہوں تو انھیں POLY HOLDING  
FORCEPS سے نکالا جاسکتا ہے۔ اگر اس طرح نہ نکل سکیں تو CURETTE  
کے ذریعہ نکالی جائیں۔



۵۸۔ علق الرحم میں ہونے والی MUCOUS POLYP

بولیب غشثار مبطن رحم ENDOMETRIAL POLYP

یہ ایک یا متعدد ہو سکتی ہیں۔ ان میں اگر PEDICLE چھوٹا ہو تو یہ جوف رحم  
ہی میں رہتی ہیں لیکن بڑا ہونے کی حالت میں یہ مہبل تک آجاتی ہے۔ بعض اوقات صرف  
ایسٹروجن کے استعمال سے ہی کافی افادہ ہوتا ہے۔ یہ غیشہ بھی ہو سکتی ہیں۔ اس مرض میں  
غیر منظم طریقے پر خفیف سا جریان دم مسلسل ہوتا رہتا ہے یا سیلان ہوتا ہے۔ بعض عورتوں  
میں کوئی علامت نہیں بھی ہوتی۔

بولیب کو نکالنے کے بعد CURETTE کیا جائے تاکہ MALIGNANCY  
کے بارے میں معلوم ہو سکے۔

بولیب مشیمی PLACENTAL POLYP

یہ صورت مشیمی انبوہ میں اجتماع دم کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے جو اسقاط یا منحل کے

بعد ہوا کرتا ہے۔ یہ چھوٹی بادامی شکل کی زرد یا گہری بھوری ہوتی ہیں۔ ان میں چھوٹا اور دبیز PEDICLE ہوتا ہے۔ جو بعض اوقات اتنا بڑا ہوتا ہے کہ عنق الرحم میں الجھتا ہے۔ یہ اسخنی گروتھ کی مانند نظر آتی ہیں۔ اسقاط یا وضع حمل کے بعد گہرے بھورے رنگ کی رطوبت ہمیشہ خارج ہوتی رہتی ہے۔ بعض اوقات تھوڑے تھوڑے وقفہ کے ساتھ شدت کے ساتھ جریان دم بھی ہوا کرتا ہے۔ عنق الرحم پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ رحم بڑھا ہوا ہو سکتا ہے اور نہیں بھی۔ بولیپ شیمی اور سرطان شیمی کے درمیان تفریق ذرا مشکل سے ہو پاتی ہے۔

### ADENOMYOSIS OF UTERUS

اس مرض میں MYOMETRIUM کے اندر ENDOMETRIUM

داخل ہو جاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں منشر OVER GROWTH کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس عمل میں غدد اور اسٹروما دونوں شامل ہوتے ہیں۔ اگر بغیر غدد کے یہ صورت پیدا ہو تو اسے STROMAL ADENOMYOSIS کہا جاتا ہے۔

ایسی حالت میں رحم اتنا بڑا ہو جاتا ہے جتنا کہ آٹھ یا دس ہفتہ کے حمل میں ہوتا ہے۔ جب رحم کا پھیلاؤ منشر ہوتا ہے تو اس میں کیسائیت پانی جانی ہے لیکن



Adenomyosis of Uterus

میں گرہیں ہونے کی صورت میں عدم یکسانیت ہوتی ہے جس کے نتیجے میں رحم کی قدانی و دیلید کی نسبت خلفی دیوار زیادہ ویز ہو جاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ PELVIC ENDOMETRIOSIS - TRIOSIS نہ ہو تو رحم کو باسانی حرکت دی جاسکتی ہے۔ بصورت دیگر الشاق کی وجہ سے رحم Fix ہوتا ہے۔

اگر رحم کا تراشہ لیا جائے تو نارمل سائز سے دو تین گنا زیادہ ویز ہوتا ہے۔ جو رحم کو اسٹر کرنے والی غشاء مبطن رحم نارمل ہو سکتی ہے۔ اور ENDOMETRIAL POLYPOIDAL HYPERPLASIA کے نتیجے میں ویز اور بھی

## عوارض و علامات

بعض اوقات اس مرض کی کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی صرف HISTOLOGICAL EXAMINATION کے ذریعہ ہی اس کا پتہ چلتا ہے جب رحم ۸ سے ۱۰ ہفتہ کے حمل کی سائز کا ہو جاتا ہے تو غشاء مبطن رحم کے فرط استنجا کے نتیجے میں کثرت طمث اور نفخ کے نتیجے میں عسر طمث ہوتا ہے۔ اگر ADENOMYOSIS کے ساتھ ساتھ PELVIC ENDOMETRITIS بھی ہو تو کثرت طمث کے علاوہ رحمی عجزی رباط کے متاثر ہونے کی وجہ سے قطعی عجزی حصہ میں درد ہوتا ہے۔

اگر رحم اتنا بڑھا ہوا ہو جتنا کہ حمل کے آٹھویں ہفتہ میں ہوتا ہے تو VAGINAL HYSTERECTOMY کیا جاتے۔ اور اگر اس سے زیادہ ہو تو شقیہی CAE-SARBAN SECTION کی ضرورت پڑتی ہے۔

## ENDOMETRIOSIS

اس میں درج ذیل چار عوارض ہوتے ہیں۔

(۱) درد :- یہی سب سے اہم علامت ہے جو ہمیشہ قائم رہتی ہے۔ درد مبطن کے ایک یا دونوں جانب ہوتا ہے۔ رحمی عجزی رباط کے متاثر ہونے کی وجہ سے عجزی یا عجزی عضی حصہ میں بھی درد ہوتا ہے۔ طمث سے قبل۔ دوران طمث اور طمث کے بعد خاص قسم کا عسر طمث ہوتا ہے۔ رحمی عجزی رباط اور POUCH OF DOUGLAS کے متاثر



ہونے کے نتیجے میں DYSpareunia سبب ہوتا ہے۔ درمستقل طور پر قائم رہنے کی وجہ سے عورت چر پیڑسی ہو جاتی ہے۔ اور آخر میں NEUROSIS مبتلا ہو جاتی ہے۔

(۲) کثرت طمث :- یہ شکایت مبیض کے فعل ناقص کے نتیجے میں یا بعض اوقات

FIBROMYOMATA یا ADENOMYOSIS کے نتیجے میں بھی ہوتی ہے۔

(۳) عقر :- جب Ovarian Endometriosis ۲۰ سے ۴۰ سال کی عمر کے درمیان

ہوتا ہے تو عام طور پر ابتدائی عقر ہوتا ہے لیکن جب ۲۰ سے ۴۰ سال کے درمیان یہ

مرض ہوتا ہے تو ثانوی عقر ہوا کرتا ہے۔ وہ عورتیں جنہیں DYSpareunia

کی شکایت ہوتی ہے ان میں عقم کا سبب یہ ہوتا ہے کہ یا تو جماع ہو ہی نہیں پاتا اور اگر ہوتا بھی ہے تو غیر تسلی بخش۔

دوستی معائنہ کرنے پر رحم عموماً چمٹا ہوا اور غیر متحرک ہوتا ہے۔ دونوں جانب

صلب غیر متحرک MASS ہوتے ہیں جن کے کنارے غیر واضح اور سطح نا ہموار ہوتی ہے۔

مبیض میں ہونے والی بڑی ENDOMETRIAL CYST کیسہ ہوتی ہے یہ MASSES

عائد میں مخاب اہل پر ہوتے ہیں۔ اس کے علاج کا انحصار عمر اور عوارض کی شدت پر ہے۔

اگر عوارض میں شدت نہ ہو۔ رجمی عجزی رباط کے اطراف میں گرہ دار دبازت ہو لیکن کوئی

MASS دمسوس کیا جاتا ہو تو مقررہ وقفہ کے ساتھ مشاہدہ ہی واحد علاج ہے۔ اگر عورت

کی عمر ۴۰ سال یا اس سے زیادہ ہو تو Hysterectomy کے ساتھ ساتھ BILATERAL

SALPINGO OOPHORECTOMY کرنی چاہیئے۔

سترھواں باب

# اعضاء تناسل میں ہونے والے نمو خیزیہ

(MALIGNANT GROWTHS)

## سرطان عنق الرحم CARCINOMA OF THE CERVIX

عنق الرحم میں کینسر کے نتیجے میں ہونے والی تبدیلیاں دو قسم کی ہوتی ہیں۔ جن میں

INVASIVE اور PREINVASIVE کہتے ہیں

قسم میں یا تو EXCAVATING ULCERATING LESION ہوتے ہیں

جو عنق الرحم اور اس سے منسلک انسج میں تامل پیدا کرتے ہیں یا PROLIFERATING

TUMOUR ہوتے ہیں جن کی نمو عنق الرحم کے باہر ہوتی ہے۔ اور وہ ہسبل کے

اد پر ہی حصہ کو بھر دیتے ہیں۔ دوران خون ناکافی ہونے اور تعدیہ کے نتیجے میں یہ

PROLIFERATING MASS قرچی سلف میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔

INFILTRATION ہونے کی حالت میں اکثر عنق الرحم اور خراب ہسبل کو برباد

کر دیتے ہیں جس کے نتیجے میں ایک گہرا جوف بن جاتا ہے جس کے کنارے صلب

ہوتے ہیں PRE INVASIVE قسم میں نہ تو کوئی ایسی علامت نظر آتی ہے

اور نہ ہی کوئی سطح سچ (ABRASION) یا تامل (EROSION) ہی ہوتا ہے

INVASIVE CANCER کی دو قسمیں ہوتی ہیں SQUAMOUS

CARCINOMA اور ADINOCARCINOMA اس میں سے اول الذکر

عنق الرحم کے ب کو ڈھکنے والے بشرہ طباقیہ (SQUAMOUS EPITHELIUM)

SURFACE

سے بنتی ہیں۔ اور دوسری قسم بحری غنق الرحم کے غدداور  
EPITHELIUM سے بنتی ہیں۔

## غنق الرحم میں سرطان کا پھیلنا

غنق الرحم میں سرطان چار طریقوں سے پھیلتا ہے۔

### ۱۔ تسلسل کے ذریعہ

مہبل، جوارات رحم، اور مرض کے آخری درجہ میں جسم رحم میں اسی طریقہ پر کینسر پھیلتا ہے۔ اسی طرح رحمی عجزی رباط میں  
INFILTRATION ہونے کے بعد یہ مرض عجز تک پہنچ جاتا ہے۔

### ۲۔ لمغای غدد کے ذریعہ

بعض اہم لمغای غدد ہیں جو METASTATIC DEPOSIT کامرکز بنتے ہیں  
وہ درج ذیل ہیں۔

HYPOGASTRIC JO. EXTERNAL ILIAC VEIN کے

نتیجے اور پیچھے ہوتے ہیں۔ اور دوسرے جو HYPOGASTRIC ARTERY سے

متعلق ہوتے ہیں۔ اس کے بعد وہ لمغای غدد جو - OBTURATOR INTERN-

USMUSCLE کی اندرونی سطح پر ہوتے ہیں جنہیں OBTURATOR

Node کہا جاتا ہے تیسرے غدد وہ ہیں جو طالت اور رحمی شریان کے جوار اتصال پر

ہوتے ہیں جنہیں UTERINE NODE کہتے ہیں۔ بعض اوقات EXTER-

-NAL ILIAC ARTERY کے ساتھ ہونے والے غد بھی متاثر ہوتے ہیں۔

### ۳۔ دوران خون کے ذریعہ

دوران خون کے ذریعہ کینسر بہت ہی کم پھیلتا ہے۔ اس طریقہ پر عائد کی ہڈیوں میں تو

ڈپازٹ بنتا شروع ہو جاتا ہے لیکن ریر اور کبد بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔

### ۴۔ الحاق کے ذریعہ

اس طریقہ پر مرض مثانہ اور مقعد میں پھیلتا ہے۔ اور اس کے نتیجے میں مثانی رحمی یا مقعدی رحمی ناسور ہوتا ہے۔ بعض اوقات چھوٹی آنتوں پر بھی اس کا اثر ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں FAECAL FISTULA ہوتا ہے۔

### عوارض

درج ذیل عوارض میں سے کوئی بھی ہو سکتا ہے۔ (۱) جریان دم (۲) سیلان ابیض (۳) درد (۴) بولی عوارض۔

### ۱۔ جریان دم

جریان دم دو طث کے درمیان ہوتا ہے جو مباشرت کے بعد یا کسی مکان کے نتیجے میں ہو سکتی ہے۔ ابتدائی کئی مہینوں تک طث کی زیادتی ہی اس مرض کی علامت ہو ا کرتی ہے۔ اسی طرح سن یا س کے بعد بھی جریان دم بعض اوقات اس مرض کے نتیجے میں ہو ا کرتا ہے۔ بعض اوقات غیر طبعی جریان دم نہیں بھی ہوتا۔ اور بعض میں اقتباس طث بھی ہوتا ہے لیکن دوسری تکنیکیوں کے لیے INVESTIGATION کرائے جائیں تو کینسر کا پتہ چلتا ہے۔

### ۲۔ سیلان ابیض

خون آمیز رطوبت خارج ہونے سے مہینوں قبل زرد یا بھورے رنگ کی مائی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ بعد میں اس میں بدبو بھی آنے لگتی ہے۔

### ۳۔ درد

ابتدائی میں عام طور پر درد نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اوقات صرف یہی ایک علامت ہو ا کرتی ہے۔ درد خفیف اور پشت کے زیرین حصہ میں ہوتا ہے جو بعد میں بطن میں سامنے کی

جانب یار اٹوں کے پیچھے منتقل ہو جاتا ہے پشت میں درد کا ہونا یا درد کارائوں میں منتقل ہونا خطرناک علامت ہو ا کرتی ہے۔ جس سے معلوم ہوتا ہے کہ مرض عصب عانی تک پھیل چکا ہے۔

### ۴۔ بولی عوارض

بعض اوقات بولی عوارض مثلاً بولی تعدیر۔ مثلاً کالوٹ ہونا۔ سلسل الیول۔ یا عیول بھی ہوتا ہے۔ جیسے جیسے مرض بڑھتا ہے بولی تسدید اور کلوی عوارض جیسے متلی۔ تے۔ سر درد اور پیشاب کا نہ ہونا (ANURIA) ظاہر ہونے لگتے ہیں۔  
نف کے نتیجے میں ضعف اور ثنائوی انیمیا عام طور پر ہوتا ہے مرض کے آخری درجہ میں CANCEROUS CACHEXIA بھی ہوتا ہے۔

سب سے پہلے ظاہر ہونے والی علامتیں عام طور پر ایسی ہوتی ہیں جن کا رحم سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جس کی وجہ سے طبیب کو مرض کی تشخیص میں دقت ہوتی ہے۔  
تشخیص

کسی بھی مریضہ میں اگر مندرجہ بالا عوارض ہوں تو معالج کا فرض ہے کہ بغیر مکمل معاینہ کے ہوئے ہسپتال جبریاں دم یا کسی دوسرے عوارض کا علاج نہ کرے۔ ان مریضہ کے لیے منطاری اور دوستی معاینہ دونوں کی ضرورت ہو تو BIOPSY اور دیگر INVESTIGATION - بھی کرائے جائیں۔

### سرطان کی ظاہری علامتیں

#### PROLIFERATIVE GROWTH

اس قسم میں عتق الرحم پر ایک ناہموار نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والا ملمع ہوتا ہے۔ جس سے جبریاں دم ہوتا رہتا ہے بعض اوقات یہ نمواتی بڑی ہوتی ہے کہ پوری ہسپتال کو پُر کر

دیتی ہے اور اگر وہ مگلوب کی مانند ہو تو اس پر FIBROID کا ٹک ہو تا ہے۔

#### EXCAVATING ULCER

عنق الرحم میں تا کل ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں سطحی یا گہری جوف بن جاتی ہے جس کے کنارے صلب ہوتے ہیں۔ زخم کی سطح بدبودار سلف سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر ہبل کی دیواروں پر بھی زخم ہوتے ہیں۔

#### SUPERFICIAL ULCER

عنق الرحم کی چکنی سطح میں سچ ہوتا ہے جو تا کل کی مانند نظر آتا ہے۔ لیکن چھونے پر اس میں سے خون نکلنے لگتا ہے۔ تفریق کے لیے BIOPSY ضروری ہے۔

#### ENDOCERVICAL CANCER

اس حصہ میں ہونے والے کینسر کی دو قسمیں ہوتی ہیں ایک وہ جس میں PROLI-FERATION ہوتا ہے۔ دوسری وہ جس میں زخم ہوتا ہے جو نیچے فم ہبل تک پہنچ سکتا ہے۔ بڑی گرو تھ کے نتیجے میں عنق الرحم پھول جاتا ہے۔

### علامات فارقہ

#### ورم عنق الرحم مزمن اور تا کل عنق الرحم

عام طور پر انہیں چھونے سے خون نہیں نکلتا لیکن دونوں کے درمیان تفریق صرف BIOPSY ہی کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

#### قروح عنق الرحم مزمنی

جنہی یا کمل نتور الرحم ہونے کی حالت میں مد گڑ لگنے کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے۔

ایسی حالت میں زخم عموماً سطحی ہی ہوتے ہیں اور اس کے کنارے باہر کی حالت طرے ہوئے اور صلب ہوتے ہیں۔

## درن عنق الرحم

بعض اوقات اس پر کینسر کا شک ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً ایک عرصہ سے بیمار رہنے والی کم سن عورتوں میں ہوتا ہے اور اکثر عام میں MASS بھی ہوتا ہے جو TUBERCU- LOUS ADENAL DISEASE کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں عنق الرحم میں GRANULATION TISSUE آجاتے ہیں جنہیں چھونے پر جریان دم ہونے لگتا ہے لیکن بہ انجو زرد نظر آتے ہیں۔ صرف BIOPSY ہی کے ذریعہ دونوں کے درمیان تفریق کی جاسکتی ہے۔

## بولیب عنق الرحم

یہ عموماً چکنی ہوتی ہیں اور گوشت کی مانند نظر آتی ہیں ENDOCERVIX سے فرہیل کے راستہ ایک PEDICLE کے ذریعہ باہر نکل آتی ہیں۔ ان کو چھونے سے اس میں سے بلیڈ نکل نہیں ہوتی۔

## INTRAUTERINE FIBROID

فرہیل سے باہر نکلنے والا سلع لینی ENDOCERVIX میں ہونے والے POLYPOID BULKY CANCER ہی کی مانند ہوتا ہے۔

## قروح آتشکی

یکینر ہی کی مانند ہوتے ہیں لیکن انہیں چھونے پر عموماً ان میں سے اتنی آسانی کے ساتھ جریان دم نہیں ہوتا۔ BIOPSY اور WASSERMA TEST کے ذریعہ صحیح تشخیص ہو جاتی ہے۔

## حمل کے ساتھ ہونے والا رحم علق الرحم مزمن

حمل کے دوران قرحی اور عانی علق الرحم کو اگر چھویا جائے تو اس سے نرف ہونے لگتا ہے۔ جس کی وجہ سے اکثر کینسر کا شک ہوتا ہے لہذا ان کی تفویق کے لیے کئی بار BIOPSY کرنا ضروری ہے۔ BIOPSY سے نہ تو حمل پر کوئی مضر اثرات ہوتے ہیں اور نہ ہی اس کی وجہ سے شدید کم کائرف ہوتا ہے۔  
سرطان علق الرحم کے چار درجات ہوتے ہیں۔

### پہلا درجہ

اس درجہ میں کینسر صرف علق الرحم ہی تک محدود رہتا ہے۔

### دوسرا درجہ

- اس درجہ میں مندرجہ ذیل میں سے ایک یا اس سے زیادہ اعضاء متاثر ہوتے ہیں۔
- ۱: مجاورات رحم میں INFILTRATION تو ہوتا ہے لیکن اس کا اثر عانہ کی جانبی دیوار تک نہیں ہوتا۔
  - ب: کینسر مہبل کے بالائی حصے تک پھیل چکا ہوتا ہے۔ لیکن زیریں حصے سے متاثر نہیں ہوتا۔
  - ج: جسم رحم متاثر ہو چکا ہوتا۔

### تیسرا درجہ

- اس درجہ میں درج ذیل اعضاء میں سے کوئی ایک یا اس سے زیادہ متاثر ہو سکتے ہیں
- ۱: مجاورات رحم میں عانہ کی جانبی دیوار تک INFILTRATION ہوتا ہے۔
  - ب: مہبل کا زیریں حصہ متاثر ہوتا ہے۔



ج: مقعدی یا ہیبلی مقام کے ذریعہ عانہ میں  
 محسوس کی جاسکتی ہے۔  
 METASTASES کی کیفیت

### چوتھا درجہ

مندرجہ ذیل میں سے ایک یا اس سے زیادہ اہتمل متاثر ہو سکتے ہیں۔  
 ۱: مقعد، مثانہ، مقعد اور مثانہ دونوں۔  
 ب: مرض عانہ سے تجاوز کر کے ہیبلی تک پھیل چکا ہوتا ہے۔

### PROGNOSIS

اس کا انحصار تین امور پر ہے۔

- ۱۔ مرض کی کیفیت۔
- ۲۔ کینسر کی نوعیت
- ۳۔ سلو کی کیمیائی (HISTOLOGICAL) کیفیت۔

### علاج

- |                    |    |
|--------------------|----|
| RADIO THERAPY      | ۱۔ |
| SURGICAL TREATMENT | ۲۔ |
| CHEMO THERAPY      | ۳۔ |

### حمل کے دوران ہونے والا سرطان عنقی الرحم

یہ صورت نادر ہی ہوا کرتی ہے اگر ہوتی بھی ہے تو اس کی تشخیص ذرا دیر سے ہو جاتی ہے۔ لیکن درم عنقی الرحم مریض کی حالت میں حمل کے دوران PROLIFERATION ہونے کے نتیجے میں اس مرض کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ اس کی تشخیص کے لیے BIOPSY ضروری ہے۔

## علاج

علاج میں تاخیر حالہ کے لیے تکلیف کا باعث بن سکتی ہے جبکہ REDIATION کے نتیجے میں اسقاط، خدج (PREMATURE) یا چہیز (STILL BIRTH) کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ بصورت دیگر اگر بچہ زندہ پیدا بھی ہو تو اس کا ذہن ماؤف ہوتا ہے۔ لہذا علاج سے قبل ان امور کو نظر انداز نہیں کرنا چاہیے۔ اور علاج درج ذیل اصول کے مطابق کرنا چاہیے۔

- ۱۔ حمل کے ابتدائی مہینوں میں اگر کینسر سے شفا پانے کے امکانات ہوں تو عمل حراحت کریں یا RADIO THERAPY دی جائے۔
- ۲۔ حمل کے درمیان مہینوں میں اگر مرض سے شفا پانے کے امکانات ہوں اور والدین کو بچہ کی خواہش بھی ہو تو ریڈیم قلیل مقدار میں دی جائے۔ تاکہ مرض اس وقت تک دبا رہے جب تک کہ بچہ زندہ رہنے کے لائق نہ ہو جائے۔ اس کے بعد شقی قعری CAESAR- EAM SECTION کر کے بچہ کو نکال لیا جائے اور پھر مکمل علاج کیا جائے۔ اگر والدین کو بچہ کی خواہش نہ ہو تو فوراً علاج شروع کر دینا چاہئے۔
- ۳۔ حمل کے آخری مہینوں میں جبکہ جنین میں زندہ رہنے کی صلاحیت ہو تو SEGMENT CAESAREAN SECTION کرنے کے بعد کینسر کا مکمل علاج کیا جائے۔

## سرطان جسم رحم

یہ مرض عموماً ۳۰ سے ۳۵ سال کی عمر کے درمیان زیادہ ہوتا ہے لیکن CORPUS CANCER ۵۰ سے ۶۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے ان میں سے زیادہ تر مہرہ تین فرج اور ذیابیطس میں مبتلا ہوتی ہیں۔ عام طور پر اس کے ساتھ ساتھ تضخما (HYPER- TENTION) بھی ہوتا ہے۔ کینسر کی اس قسم میں FUNCTIONAL POLYP یا FIBROIDS یا UTERINE BLEEDING بھی ہوا کرتا ہے۔ سن یا س میں کثرت طمث میں مبتلا ہونے والی عورتوں میں بھی اس مرض کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ اس کی چار قسمیں ہوتی ہیں۔

اس قسم میں گروٹھ عموماً سطحی ہی ہوتی ہے اور غشاء مبطن رحم کے بڑے ہوئے غدود پر مشتمل ہوتی ہے جو محل کی شکل میں ہوتے ہیں۔ غلیات میں HYPERCHROMATIC NUCLEI ہوتے ہیں۔

ADENOCARCINOMA -2

اس قسم میں INFILTRATION اسٹروما کے اندر ہوتا ہے۔

ANAPLASTIC CARCINOMA -3

اس قسم میں اسٹروما میں پھیلا ہوا INFILTRATION ہوتا ہے۔ یہ گروٹھ بہت ہی MALIGNANT ہوتی ہیں اور ان کی پراگندگی سب سے اچھی نہیں ہوتی۔

ADENOCANTHOMA -4

یہ گروٹھ بشرہ کے METAPLASIA کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہیں۔

## جسم رحم میں کینسر کا پھیلنا

جسم رحم میں یہ مرض تسلسل کے ذریعہ پھیلتا ہے۔ چنانچہ عضلات کے ذریعہ مصلیٰ سطح، اور غشاء مخاطی کے ذریعہ عقی الرحم اور حجاب ہبل تک پہنچتا ہے۔ اس کی وجہ سے رحم کی سطح پر گانٹھ اور ابعاد بننے کے نتیجے میں رحم بڑھ جاتا ہے۔ اسی طرح تسلسل ہی کے ذریعہ میض، قاذوین، اور اس سے ملحق اعضاء اور مثلاً تک مرض پہنچتا ہے۔ لغاوی غد کے ذریعہ رباط عریض کے بالائی حصہ میں پھیلتا ہے۔ مرض کے آخری درجہ میں مجاورات رحم، عاز کی دیواریں اور حلقہ اربی کے لغاوی غد متاثر ہوتے ہیں۔ لغاوی غد ہی کے ذریعہ میض بھی متاثر ہو سکتی ہے۔ دوسرا خون کے ذریعہ یہ مرض میض، ریه اور ہڈیوں تک پھیلتا ہے۔

## عوارض و علامات

مرض کے ابتدائی درجہ میں جریان دم خواہ سيلان کے ساتھ ہو یا بغیر سيلان کے ایک اہم علامت ہوتی ہے۔ ایسی عورتیں جنہیں سن یاس میں شدید قسم کی مہبل جریان دم ہو یا سن یاس تاخیر سے شروع ہو تو ان میں CORPUS CANCER کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

بعض اوقات بدبودار یا مائی رطوبت مہبل سے نکلتی رہتی ہے۔ ایسی عورتیں جو سن یاس کو پہنچ گئی ہوں ان کے لیے مکمل چارچ اور INVESTIGATION ضروری ہے۔ اکثر بدن میں درد۔ بولی عوارض انیما۔ بطنی سلعات اور بعض اوقات ہڈیوں اور پیسٹروں میں METASTASES بھی ہوتے ہیں۔ عام طور پر سن یاس کے بعد رحم سکڑ کر چھوٹا ہو جاتا ہے۔ لیکن ایسی حالت میں رحم کے بڑھنے کے دو اسباب ہو سکتے ہیں۔ سرطان فٹلہ مطین رحم، اور تھج الرحم ایسی حالت میں مہبل سے خون یا تھج یا دودنوں ہستی ہوتی نظر آتی ہے۔

## تشخیص

مندیجہ بالا عوارض و علامات کے علاوہ DIAGNOSTIC CURETTAGE کے ذریعہ بھی تشخیص کی جاسکتی ہے۔

## علاج

سن یاس میں ایسٹروجن بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کی جائے۔ اس کے مرکبات طویل عرصہ تک استعمال کرنے سے پرہیز کیا جائے۔ ایسی عورتیں جن میں جسم رحم کے سرطان کے امکانات ہوں یعنی جو عورتیں کنواری یا بے اولاد اور گزار و تندرست ہوں اور انہیں ذیابیطس یا تضغاف بھی ہو تو TOTAL HYSTERECTOMY ہی بہتر ہے۔

علاج ثانی کے چار طریقے ہیں

1. PRE-OPERATIVE RADIATION & SURGERY

RADIO THERAPY	-۲
SURGERY	-۳
PROGESTOGEN THERAPY	-۴

## سرطان فرج و مہبل و قاذفین

### سرطان فرج

یہ مرض عموماً سن یا اس کے بعد ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں فرج کی جلد میں تبدیلی کے ساتھ ساتھ ایٹرونی اور خشکی پیدا ہو جاتی ہے جو اس مرض کے لیے معاون ثابت ہوتی ہے یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ ایسی عورتیں عموماً LEUCOPLAKIA یا KRAUROSIS میں مبتلا ہو چکی ہوتی ہیں۔ اور LEUCOPLAKIA بہر حال کینسر سے قبل کا درجہ سمجھا جاتا ہے جو بعد میں کینسر میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس طرح SYPHILIS اور LYMPHOGRANULOMA بھی کینسر کا سبب بنتا ہے۔ اس مرض میں عموماً شفران کیر متاثر ہوتے ہیں۔ اس کی بہ نسبت دبلیز الفرج میں سرطان کم ہی ہوتا ہے۔ شفران کے سرطان میں PROLIFERATIVE LESION ہوتے ہیں۔ جبکہ EXCAVATING ULCER میں VESTIBULE CANCER ہوتے ہیں جن کے کنارے آگے کو نکلے ہوئے اور صلب ہوتے ہیں HISTOLOGY کے حساب سے اس کی درج ذیل قسمیں ہوتی ہیں۔

#### 1. SQUAMOUS CARCINOMA

عام طود پر یہی قسم زیادہ ہوتی ہے۔

#### 2. BASAL CELL CARCINOMA

یہ قسم بہت کم ہوتی ہے۔ اور عام طود پر شفران کیر پر پائی جاتی ہے۔

## BOWEN'S DISEASE

۳۔

یہ بشرہ میں ہونے والی NON INVASIVE کینسر کی ایک قسم ہے۔

## ADENO CARCINOMA

۴۔

یہ عام طور پر غدہ بارنٹولین میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات چھوٹی پچیوں میں بھی یہ مرض دیکھا گیا ہے۔

## ۵۔ فرج میں ہونے والا سلعہ اسود (MELANOMA)۔

کینسر کی یہ قسم بہت ہی کم ہوتی ہے۔

۶۔ عنق الرحم یا جرم رحم میں ہونے والے METASTATIC CARCINOMA کی یہ قسم کبھی کبھی ہوتی ہے۔

## فرج میں سرطان کا پھیلنا

تسلل اور اتصال کے ذریعہ یہ مرض مہبل، مجری بول، عانہ، اور ران کی جلد، UROGENITAL DIAPHRAGM اور عانہ کی پٹیوں تک پہنچتا ہے۔ لیکن یہ مرض زیادہ تر لمفاوی غدہ ہی کے ذریعہ پھیلتا ہے۔

## عوارض و علامات

فرج پر SORE ہوتے ہیں جن میں درد ہوا کرتا ہے۔ اس سے قبل اس جگہ پر سوزش اور ورم جلد (DERMITIS) کی ہسٹری ہوتی ہے۔ شفران کیر یہ ہونے والے زخم ابھرے ہوئے اور صلیب ہوتے ہیں جن کی سطح پر زخم ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ گوبھی کے پھول کی مانند نظر آتے ہیں۔ دلیز الفرج یا بظرم میں یہ LESION عموماً مخصوص قسم کے زخم (SCAVATING ULCER) کی شکل میں ہوتے ہیں۔ جن کے کنارے عموماً صلیب ہوتے ہیں۔ درد، رطوبت کا اخراج سوزش و جھان

عام طور پر ہوتا ہے۔ اربی غدد بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ بعد میں لگاوڑی تسدید کی وجہ سے فرج اور زیریں اطراف میں التهاب ہو سکتا ہے۔

## علامات فارقہ

### CONDYLOMATA

PAPILLOMATOUS یہ مرض عام طور پر نوجوان عورتوں کو ہوتا ہے۔ یہ GROTH ہوتی ہیں لیکن صلب نہیں ہوتیں۔

### LYMPHOGRANULOMA VENERUM

یہ عموماً تفتیق اور زخم کے ساتھ ہوتا ہے۔ BIOPSY کے ذریعہ تشخیص بآسانی کی جاسکتی ہے۔

### METASTATIC NODULES سرطان کے نتیجے میں ہونے والے

رحم یا عنق الرحم کے کینسر کے NODULES متعدد ہوتے ہیں اور کینسر کی ہٹری پائی جاتی ہے۔

## علاج

سرطان فرج عام طور پر LEUCOPLAKIA کے بعد ہوتا ہے لہذا یہ ضروری ہے اس کا صحیح طور پر علاج کیا جائے۔ چونکہ اس مرض کے پورے مہل میں پھیل جانے کے امکانات ہوتے ہیں اس لیے VULVECTOMY ہی اس کا بہتر علاج ہے۔ اس کے علاوہ RADIOTHERAPY بھی دی جاسکتی ہے۔

## سرطان مہبل

مہبل میں امراض خبیثہ (MALIGNANT) ابتدائی طور پر کم ہی ہوتے ہیں۔ عام طور پر عنق الرحم کے کینسر کی وجہ سے ثانوی طور پر یا سرطان غشاء مبطن رحم یا CHORIO-

NEPITHELIOMA - ے METASTASIS کے

طو پر یہ مرض ہوتا ہے۔ بعض اوقات مبيض یا معدی معوی سرطان کے نتیجے میں بھی مہبل کے خلفی FORNIX کے ذریعہ کیسر ہو سکتا ہے۔

مہبل میں ہونے والے ابتدائی سلعات خبیثہ عام طور پر SQUAMOUS

CARCINOMA اور بعض اوقات ADENOCARCINOMA بھی ہوتے ہیں۔

عوارض و علامات وہی ہوتے ہیں جو عنق الرحم کے کیسر میں بیان کیے گئے ہیں صرف مہبل معائنہ ہی کے ذریعہ مرض کے صحیح مقام کا پتہ چلتا ہے۔

## تشخیص

بعض اوقات بیسری کے ذریعہ ہونے والا مزمن زخم پر بھی کیسر کا شک ہوتا ہے۔ لہذا دونوں کے درمیان تفریق کے لیے BOIOPSY بہت ضروری ہے۔ اسی طرح ENDOMETRIOSIS میں بھی مہبل میں صلب گانٹھیں اور BOIOPSY ہی کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ درنی قروح عموماً عنق الرحم اور ADNEXAL T.B. کے ساتھ ہوتے ہیں اور یہ صورت بہت ہی کم ہوتی ہے۔

آئشک CONDYLOMATA کی شکل میں ہوتا ہے جس کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے کیونکہ یہ مرض فرج سے مہبل میں منتقل ہوتا ہے۔

## علاج

چھوٹے اور سطحی LESION کو CAUTERIZE کیا جاسکتا ہے۔ مرض کی شدت کی صورت میں ریڈیم کے ذریعہ علاج کیا جاسکتا ہے۔ اگر کیسر مہبل کے زیریں حصہ میں ہو تو سرجیکل ٹریسینٹ کریں۔ اور اگر کیسر اتنا پھیل چکا ہو کہ مثانہ بھی متاثر ہو جائے تو سرطان عنق الرحم کی مانند جزوی یا مکمل آپریشن کیا جائے۔



## سرطان قاذفین

قاذفین عام طور پر امراض خبیثہ سے کم ہی متاثر ہوتے ہیں اور اگر ہوتے بھی ہیں تو آپریشن سے قبل اس کی تشخیص نہیں ہو پاتی۔ جریان دم اور مہیلى سے مانى رطوبت كا اخراج، بطن ميں قوليخ كى مانند درد۔ عانہ ميں LUMP كى موجودگى اس كى اہم علامتیں ہوا كرتى ہيں۔ اسس LUMP پر قاذف و مبيض ميں ہونے والے MASS يامبيض كے سلعات (NEOPLASM) كا شك ہوتا ہے۔

یہ مرض سلعات غددي خبيثہ (ADENOCARCINOMA) كى شكل ميں ہوتا ہے۔ اور جوف باريطون كے ذريعہ رحم اور مبيض تك پھيلتا ہے۔

### MESODERMAL MIXED TUMOUR

عقدوں كے اعضاء تناسل ميں پيدا ہونے والے MESODERMAL MIXED TUMOUR عام طور پر جسم رحم كى غشاء مخاطي سے پيدا ہوتے ہيں۔ قاذفین اور مبيض ميں اس قسم كے ٹيومر بہت كم پائے جاتے ہيں۔ انھیں MIXED TUMOUR اسي لے كہا جاتا ہے كہ جس جگہ پر پائے جاتے ہيں وہاں مختلف قسم كے انجو مثلاً

SMOOTH MUSCLES ' STRIPED MUSCLES ' CARTILAGE

LYMPHOID TISSUES یا ADIPOSE TISSUES كے درميان

گھرے ہوئے ہونے كے باوجود بھی یہ MONODERM ہوتے ہيں۔

### BOTRYOID SARCOMA

یہ POLYPOID TUMOUR خوشہ كى مانند ہوتے ہيں جن ميں MYXOSARCOMA كے ساتھ EMBRYONIC CELL كے گچھے بچائے جاتے ہيں۔ ان ميں HETEROTROPIC TISSUES غفروف، يا CROSS STRIATED عضلات كے ريشے پائے جاتے ہيں۔

## علامات

چھوٹی بچوں میں قحطی رطوبت کے ساتھ ساتھ یا اس کے بغیر جریان الدم ہوتا ہے۔ عموماً انگوری ساخت کے مہبل کے ذریعہ باہر خارج ہونے سے اس مرض کا پتہ چلتا ہے۔ لیکن یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ ہر انگوری ساخت کے ٹیومر کو MESODERMAL نہیں کیا جاسکتا۔ اسی طرح تمام قسم کے MESODERMAL MIXTUMOUR میں انگوری ساخت کا ہونا بھی ضروری نہیں ہے۔

## CARCINOSARCOMA

ایک ہی سلع میں SARCOMA اور CARCINOMA کی موجودگی کو CARCINOSARCOMA کہا جاتا ہے۔

## علامات

یہ مرض ۵۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں میں ہوتا ہے۔ اور ان میں سے زیادہ تر عورتوں کو RADIUM THERAPY یا ROENTGEN دی جا چکی ہوتی ہے۔ IRRADIATION اور ٹیومر بننے کے درمیان کا وقفہ دس دن یا اس سے کچھ ہی زیادہ ہوتا ہے۔

## FIBROCEDEDEM - CURETTAGE کے بعد بار بار

ADENOMYOMATOUS POLYP یا T-TOUS ہونے کی صورت میں MESODERMAL ٹیومر کے امکانات ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں غیر منظم طریقے پر رحمی جریان دم اور مہبل رطوبت خاص علامت ہو ا کرتی ہے۔ یہ مہبل رطوبت عام طور پر قحطی ہی ہوتی ہے۔ مجری عشق الرحم میں ایک POLYPOIDAL GROWTH ہوتی ہے جو رحم کی قدیمی یا خلفی دیوار سے نکلتی ہے۔ بعض اوقات یہ مہبل میں بھی ہوتی ہے۔ یہ گروتھ نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والی ہوتی ہے اور دستکاری کے وقت اس میں شدید نزف ہوتا ہے۔ MESODERMAL MIXED TUMOUR

خبیثہ ہوتی ہیں جو موت کا سبب بنتی ہیں۔

## علاج

HYSTERECTOMY کے بعد مکمل Radium Therapy کریں۔

پھر آپریشن کے بعد DEEP-X-RAY دیں۔

## CHORIOCARCINOMA

CHORIOCARCINOMA ایک خبیثہ مرض ہے جس کی بنیاد جنین ہے۔ اور یہ صورت باقی بچے والے EMBRYONIC CHORION سے پیدا ہوتی ہے۔ اس میں سارکوما اور ADENOCARCINOMA میں بھی فرق ہے کہ موثر الذکر دونوں امراض رجی انسجہ کے سرطان کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ مرض ہمیشہ حمل کے بعد ہی ہوتا ہے۔ زیادہ تر واقعات میں اختتام حمل اور مرض کی علامت ظاہر ہونے کے درمیان کا وقفہ ایک ماہ سے ایک سال تک ہوتا ہے۔ بہر حال یہ مدت اس سے زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔ اور اکثر تو کئی سال کے بعد بھی یہ مرض دیکھا گیا ہے

جو کچھ یہ مرض عروق دمویہ پر بھی اثر انداز ہوتا ہے۔ اس لیے یہ ورید کے ذریعہ رحم سے مہبل اور فرج تک پہنچتا ہے۔ اسی طرح اس کا اثر پھیپھڑوں میں بھی پہنچتا ہے۔ وہاں پر ڈیپازٹ کی یہ صورت عموماً دونوں جانب متعدد جگہوں پر اور علاحدہ علاحدہ ہوتی ہیں اگر یہ ڈیپازٹ پھیپھڑوں کے سطحی حصہ میں ہوں تو PLEURAL CAVITY میں نرف کے امکانات بھی ہوتے ہیں۔ اس مرض کا اثر CEREBRUM یا CEREBRUM پر بھی ہو سکتا ہے جس کے نتیجے میں نرف دماغی بھی ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ گردہ۔ طحال یا دوسرے احشاء میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

حمل منتبذ کی حالت میں بیضیں اور قاذبین میں PRIMARY CHORIOCARCIN-

OMA کی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ لیکن قاذف کی بہ نسبت بیض میں یہ صورت کم پیدا ہوتی ہے کیونکہ بیض کی بہ نسبت قاذف میں حمل منتبذ کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔

## علامات

استقامت یا حمل کی پوری مدت کے بعد غیر منظم طریقے پر مسلسل بلیڈنگ ہوتی ہے۔ اور دوبارہ احتباس ہونے کا وجہ سے دوسری بار حمل ہونے کا شک ہوتا ہے۔ بعض اوقات سن یا س کے بعد CHORIOCARCINOMA کے امکانات ہوتے ہیں یہ بعد از رطوبت رحم سے خارج ہوتی رہتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ غیر منظم طریقے پر بخار بھی ہوتا ہے۔ ریه میں METASTASIS کی وجہ سے کھانسی ہوتی ہے سینہ میں درد اور بعض اوقات HAEMOPTYSIS بھی ہوتا ہے جس کی وجہ سے درن ریوی (PULMONARY.T.B.) یا BRONCHIECTASIS کا شک ہوتا ہے بطن کے اندر ہونے والے METASTASIS کی حالت میں ACUTE ABDOMEN کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ کیڈلمال، کلیہ، امعاء اور OMENTUM سے بلیڈنگ ہوتی ہے فرج یا مہبل میں METASIS کی صورت میں منفذ کے قدامی جانبی حصہ پر گہرے اور بے رنگ کے نرئی نقاط پائے جاتے ہیں۔ فرج یا مہبل کے NODULES میں NECROSIS کی وجہ سے خون کی کمی ہو جاتی ہے۔ منفذ پر نرئی عقود کی موجودگی سے ہی رحم کے CHORIOCARCINOMA کی تصدیق ہوتی ہے۔

مہبل معائنہ کرنے پر رحم کی سائز نارمل بھی ہو سکتی ہے اور رحم بڑھا ہوا بھی مل سکتا ہے۔ رحم کی سطح عام طور پر ہموار ہوتی ہے۔ اگر دونوں بیض میں LUTEIN CYST محسوس کی جائیں تو اس سے CHORIOCARCINOMA کی تشخیص یقینی طور پر ہو جاتی ہے۔ مرض کی شدت کی صورت میں NECROTIC MASS عرق الرحم سے باہر نکلا ہوا ہوتا ہے جس میں بدبو ہوتی ہے۔ اور اس پر اکثر SLOUGHING FIBROID POLYP کاف ہوتا ہے۔

بعض اوقات غشاء مہبل رحم میں بھی ایک چھوٹی گروٹھ ہوتی ہے۔ اگر خوف رحم میں بھی کوئی گروٹھ نہ ہو۔ جریان مہبل بھی نہ ہو رحم بھی بڑھا ہوا نہ ہو تو ایسی حالت میں مرض کی تشخیص میں بہت دقت ہوتی ہے۔ کیونکہ CURETTAGE سے نوکی موجودگی

کا ثبوت نہیں ملتا۔

## علاج

سرجیکل ٹرینمیٹ (ABDOMINAL TOTAL HYTE)  
 RECTOMY کے ساتھ ساتھ CHEMO THERAPY بھی جاری رکھیں۔

اٹھارواں باب  
**مبیض کے ضربی LESIONS اور تعدیہ**  
**فتق مبیض**  
 HERNIA OF OVARY

بعض اوقات فتق ابولی (INGUINAL HERNIA) ہونے کی صورت میں مبیض HERNIAL SAC میں پائی جاتی ہے۔ یہی کیفیت فتق معوی (ENTEROCLE) میں بھی ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں فتق کی تمام علامتوں کے ساتھ ساتھ مبیض SAC میں ہوتی ہے۔ اور بطن کے زیریں حصہ میں درد ہوتا ہے۔ جو رانوں کی جانب منتقل ہو جاتا ہے۔ ساتھ ساتھ قے بھی ہوتی ہے مبیض اس غیر طبعی حالت میں ہونیکی صورت میں FIBROTIC ہو جاتی ہے یا متعدد احتباسی کیسہ (RETENTION CYST) کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے۔ ہونے کی حالت میں اس میں صلابت آ جاتی ہے۔ اور اس میں ایک بھی پختہ فولیکلہ جنون (GRAAFIAN FOLLICLE) نہیں ہوتا۔ لٹ میں خلل پیدا ہو جاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں قلت لٹ یا احتباس لٹ ہوتا ہے۔

علاج

اس کا انحصار مریضہ کی عمر اور عام حالت پر ہے۔

تور مبیض  
 PROLAPSE OF OVARIES

بعض اوقات وضع حمل کے بعد نکوص ضیف یا عفونی اسقاط کے نتیجے میں پھولے

ہوتے رحم میں RETROVERSION کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ ساتھ POUCH OF DOUGLAS میں تور مبیض ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مرلیفہ DYSPARUNIA کی شکایت کرتی ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ ساتھ پشت کے نچلے حصے میں درد بھی ہوتا ہے۔ دودستی معاینہ کرنے پر ایک یا دونوں جانب - RETROVERTED رحم کے پیچھے مبیض نظر آتی ہیں۔ اگر رحم متحرک ہوتا ہے اور دودستی معاینہ کے ذریعہ درست کیا جاسکتا ہے تو ایسا کرنے سے مبیض اوپر اٹھ آتی ہے جس سے POUCH OF DOUGLAS کی TENDERNESS ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا صرف جراحی علاج ہی کیا جاسکتا ہے۔

### انفصال مبیض TORSION OF OVARY

مبیض میں انفصال کے نتیجے میں الہتاب اور INTERSTITIAL نزف ہوتا ہے۔ اس کی رنگت انفصال کی کیفیت کی مناسبت سے ہوتی ہے۔ حویصلہ جراث یا جسم اصغر میں نزف ہوتا ہے خصوصاً جسم اصغر میں، کیونکہ اس میں دعائی کیفیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس نزف کے نتیجے میں حویصلہ جراث یا جسم اصغر میں سلعہ دمویہ HAEMATOMA بن جاتا ہے۔ عوارض و علامات وہی ہوتے ہیں جو کیسہ مبیض کے انفصال میں ہوا کرتے ہیں اگر بہت زیادہ نزف ہونے کی صورت میں غانقرانہ (GANGRENE) بن جائے تو اسے قطع کر دینا چاہیے۔

### ورم مبیض INFLAMMATION OF OVARIES

مبیض میں ابتدائی تعدیہ بہت ہی کم ہوتا ہے۔ زیادہ تر واقعات ثانوی تعدیہ کے ہوتے ہیں جو ورم ماذفین کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اسے تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا چکا ہے۔ بعض اوقات دائیں جانب کے مبیض میں APPENDICITIS کے نتیجے میں بھی ورم ہوتا ہے۔ اسی طرح بائیں جانب کا تعدیہ SIGMOID COLON کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ جسم اصغر یا حویصلہ کیسہ میں تعدیہ ہونے کے نتیجے میں خراج بن جاتا ہے جس کے نتیجے میں اس مبیض کے خلیات برباد ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔

## TUMOURS OF OVARY

## سلعات مبیض

ذیابیطس میں مبتلا عورتوں کے نوزائیدہ بچوں میں حویصل کیسہ بھی ہو سکتی ہے یہ صورت ذیابیطس حاملہ میں  
 PITUITARY GONADOTROPHIC  
 ہارمون کی زیادتی اور نوزائیدہ بچوں میں LANGERHANS کے  
 فرط استساج (HYPERPLASIA) کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے اسی  
 طرح انسہام حملی (TOXAEMIA OF PREGNANCY) میں  
 مبتلا ہونے والی حاملہ کے جنین میں بھی کیسہ ہو سکتی ہے جو FOLLICULAR  
 MATURATION کی زیادتی یا نروف کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے

## NON-NEOPLASTIC CYST

## FOLLICULAR CYST -

## کیسہ حویصلی

جب حویصلہ جراث میں انشقاق نہیں ہو پاتا تو وہ حویصلی کیسہ میں تبدیل ہو جاتی ہے  
 یہ کیسہ ۲ سے ۵ ملی میٹر قطر کی ہوتی ہے۔ حویصلی کیسہ بنتے کے دو طریقے ہوتے ہیں۔

## (PITUITARY DYSFUNCTION)

## ۱۔ نقص نخلیمہ

F.S.H. کی کثرت کے نتیجے میں حویصلہ کے GRANULOSA CELLS میں  
 کئی ہفتہ تک ایسٹروجن کا ترشح ہوتا رہتا ہے۔ غشاء مبطن رحم پر اس ارتشاح کے نتیجے میں  
 بغیر بیویض کے DYSFUNCTIONAL BLEEDING ہوتی ہے۔

TUNICA ALBUGINEA میں دبا زت پیدا ہونے کے نتیجے  
 میں طبعی حویصلہ کا انشقاق نہیں پاتا۔ ورم قاذف و مبیض مزمن میں یہ دبا زت لازمی  
 طور پر ہوتی ہے۔ بغیر کسی تعدیہ کے یا UNKNOWN ETIOLOGY کے  
 نتیجے میں TUNICA ALBUGINEA میں پیدا ہونے والی دبا زت کو



FIBRO-CYSTIC OVARY کیا جاتا ہے۔

## علامات

عوماً ایسی حالت میں کوئی خاص عوارض نہیں ہوتے صرف عانہ کا معاینہ کرتے وقت اس کا پتہ چلتا ہے۔ عام طور پر ہونیوالے عوارض درج ذیل ہیں۔

### ۱۔ درد

یہ کسی ایک جانب کے ILIAC FOSSA میں ہوتا ہے اور جب یہ صورت داہنی جانب پیدا ہوتی ہے تو بعض اوقات APPENDICITIS کے دھوکے میں آپریشن بھی کر دیا جاتا ہے۔

### ۲۔ طبعی عوارض

یہ کیسہ دو سے تین مہینے کے اندر اصلی حالت پر واپس آ جاتی ہے۔ اس لیے طبعی عوارض بھی عارضی ہی ہوتے ہیں اور اس کے نتیجے میں کوئی تکلیف بھی نہیں ہوتی

### ۳۔ عقم

بعض عورتوں میں TUNICA ALBUGINEA میں دباؤ ہونے اور تبویض نہ ہونے کے نتیجے میں عقم بھی ہوتا ہے۔

## علاج

یہ عام طور پر چند مہینوں میں خود ہی ختم ہو جاتی ہیں بعض عورتوں میں دودھتی معاینہ کے وقت بہت ہلکا سا دباؤ دینے پر بھی یہ COLLAPSE ہو جاتی ہیں جس کے نتیجے میں تمام تکلیفیں ختم ہو جاتی ہیں۔ ان عورتوں کا ہر دو مہینے کے بعد معاینہ کرتے رہنا چاہیے۔ اور اگر ۶ مہینے کے بعد بھی یہ باقی رہیں اور ان کی سائز بڑھتی جائے تو انہیں سرطان ہی سمجھنا چاہئے۔ ایسی حالت میں جراحی علاج کریں۔

## LUTEIN CYST

عمل کے بعد جسم اصغر دو تین چھینے تک باقی رہتا ہے۔ اور بعض اوقات اس میں کیسہ کی مانند تبدیلیاں بھی ہوتی ہیں جس کے نتیجے میں کیسہ بن جاتی ہے جو اکثر کافی بڑی بھی ہوتی ہے۔

## CHORIOCARCINOMA اور HYDATIDIFORM MOLE

## LUTEIN CYST سبب بننے والی

یہ کیسہ CHORIONIC GONADOTROPHINS کے ارتشاح کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتی ہیں جو TROPHOBLASTIC TUMOUR کی وجہ سے ہو ا کرتی ہیں۔ یہ کیسہ دونوں جانب ہوتی ہیں اور ایک مبیض میں متعدد ہو سکتی ہیں۔

## CORPUS LUTEUM CYST کیسہ جسم اصغر

اسے THECA LUTEIN CYST بھی کہتے ہیں۔ اگر جسم اصغر کا طبعی REGRESSION بارہ سے چودہ دن کے اندر نہیں ہوتا تو یہ بڑھ جاتا ہے۔ اور دو تین چھینے تک قائم رہتا ہے۔ اور بعض اوقات تو مستحکم کے برابر ہو جاتا ہے۔

اس کے کیسہ بننے کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ حوصلہ کیسہ کے THECA یا LUTEINIZATION میں GRANULOSA CELL

ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں LUTEIN CYST بنتی ہے۔ چھینے دنوں تک کیسہ قائم رہتی ہے اعتباس طبعی بھی رہتا ہے لیکن جب REGRESSION ہوتا ہے تو رحم سے جریان دم شروع ہو جاتی ہے۔ تمام علامتیں اسقاط یا حمل متبذک مانند ہوتی ہیں۔

## CORPUS ALBICAN CYST

بعض اوقات جسم اصغر میں DEGENERATIVE تبدیلیاں ہونے کے درمیان کیسہ کی مانند پیدا ہوتی ہیں۔ یہ کیسہ عموماً چھوٹی اور متعدد ہوتی ہیں۔ اس میں کئی عوارض ہوتے۔

احتباسی کیسہ (RETENTION CYST) میں ہونیوالی پیچیدگیاں

THECA CELL یا GRANULOSA کے عروق میں انشقاق ہونے کے نتیجے میں حویلہ میں جریان دم شروع ہوتا ہے۔ اس کی صرف ایک ہی علامت ہے اور وہ یہ ہے کہ بطن کے زیریں حصہ میں چند گھنٹوں تک درد ہوتا رہتا ہے۔

جسم اصغر میں ہونیوالا سلعہ دمویہ

جسم اصغر میں ایک چھوٹا سا سلعہ دمویہ ہوتا ہے جو THECA INTERNA کے انشقاق کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں طٹ سے قبل ILIAC FOSSA میں درد ہوتا ہے۔ اس جانب کی مبیض TENDER اور کیسہ کی مانند ہوتی ہے۔ چند دنوں کے بعد درختم ہو جاتا ہے۔ لیکن مرلیفہ کو مکمل آرام کے لیے ہدایت کرنی ضروری ہے

بعض مرلیفہ میں عروق دمویہ کی زیادتی کی وجہ سے شدید قسم کی بلیڈنگ ہوتی ہے جس کے نتیجے میں جسم اصغر پھٹ جاتا ہے۔ اور شدید قسم کا باریطونی نزع ہوتا ہے۔ تمام علامتیں محل متبذ کے انشقاق کی مانند ہوتی ہیں جس کی تشخیص LAPRATOMY کے بعد ہی ممکن ہے۔

## NEOPLASTIC TUMOUR

## فائبروما

یہ نیچج الحاقی کا سلعہ ہے جو ٹھوس ہوتا ہے اور عام طور پر جنین کے سر سے بڑا نہیں ہوتا۔ بعض اوقات یہ صرف سطحی کانٹھ کی شکل میں ہوتا ہے۔ LAPARATOMY کے دوران اتفاقی طور پر اس کا پتہ چلتا ہے۔ بعض اوقات یہ میض میں ہونے والی ایک منتشر گروتہ ہوتی ہے اور جیسے جیسے یہ بڑھتی ہے میضی انسجہ ختم ہو جاتے ہیں جس کے نتیجے میں اقباس طٹ یا قلت طٹ ہوتا ہے۔

PEDUNCULATED FIBROMA کی شکل دائرہ نمایا بیضوی ہوتی ہے۔ اور یہ میض سے ایک چوڑے انسلاک کے ذریعہ منسلک رہتا ہے۔

## علامات

اس مرض کی سب سے اہم علامت استسقاء ہے۔ اس کے علاوہ بعض عورتوں میں استسقاء کے ساتھ ساتھ HYDROTHORAX بھی ہوتا ہے۔ جیسے MEIG'S SYNDROME کہا جاتا ہے استسقاء کا سبب باریطونی یجان ہے جو سخت، وزنی اور محرک سلعہ کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

## علاج

FIBROMA CYST کو نکالنے کے بعد اور آپریشن کے دوران۔ استسقائی سیال کو نکال دیا جائے۔ ایسا کرنے سے HYDROTHORAX کی کیفیت خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔

## SARCOMA

میض میں ابتدائی سارکوما بہت ہی کم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات فائبروما میں

ثانوی تبدیلیاں پیدا ہو کر سارکوما کی شکل پیدا ہو جاتی ہے۔

## علامات

یہ ٹھوس سلعہ ہے جو بہت تیزی کے ساتھ بڑھتی ہے اور یہی صفت اس کے خبیثہ ہونے کی دلیل ہوتی ہے۔

## علاج

جراحی علاج کے بعد RADIO THERAPY دی جائے  
لیکن اس کی پراگنوسس بہت ہی خراب ہے۔

### THECA CELL TUMOUR

یہ بیض میں ہونے والا سلعہ ہے جو ٹھس ہوتا ہے۔ سن یا س میں یا اس کے بعد ہوتا ہے بلوغت کے وقت یہ بہت ہی کم دیکھا گیا ہے۔ اس کی سائز چھوٹے لیو سے بکرہ ۸ سے ۱۰ انچ کے قطر تک ہوتی ہے۔ سطح ہموار ہوتی ہے اور اس میں کوئی التاق نہیں ہوتا اور جیسے جیسے سلعہ کی سائز بڑھتی ہے MESOSALPINX سکڑتا جاتا ہے۔ اسے قطع کرنے پر یہ بیض کے فائبروما کی مانند دکھائی دیتا ہے۔ لیکن چونکہ اس ٹیومر میں LUTEINIZE ہونے کی صلاحیت ہوتی ہے اس لیے اس میں ایک زرد رنگ کا مادہ ہوتا ہے۔ اس میں DEGENERATION اور LIQUEFACTION بھی پایا جاتا ہے۔ خاص طور پر بڑے ٹیومر میں یہ خاصیت زیادہ ہوتی ہے۔

یہ سلعات ایک جانب سخت اور چکے گھسول کے ساتھ ہوتے ہیں اس کی وجہ سے بچوں میں "بلوغت قبل از وقت" کی علامتیں موجود ہوتی ہیں زمانہ صلاحیت تولید کے دوران غیر منظم طث، قلت طث اور طویل وقفہ تک احتباس طث بھی ہوتا ہے سن یا س کے بعد اس سلعہ کی موجودگی کی حالت میں رحم بڑھ جاتا ہے۔ ہبل کی غشاء مخاطی دبیز ہو جاتی ہے اور رحم نزن ہوتا رہتا ہے۔ غشاء مبطن رحم میں۔

PROLIFERATIVE تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں۔ عنق الرحم کے چہل حصہ اور چہل ٹیٹاں یا اس کے دوران ہونیوالی مخصوص تبدیلیاں نظر نہیں آتیں۔ اس کا سبب OSTRIN ہے جو سلعہ کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے اس مرض کیلئے OVARIOCTOMY ہی کرنی چاہئے۔ اس کی پراگنس اچھی ہے کیونکہ تمام غیر خبیثہ جہا ہوتے ہیں۔

### CARCINOMA OF OVARY

### سرطان مبيض

یہ سرطان کیسی یا ٹھوس سلعہ کی شکل میں ہوتا ہے۔ بہت سے ٹھوس سلعات DEGENERATIVE تبدیلیوں کی وجہ سے ثانوی طور پر کیسی بن جاتے ہیں۔ اسی طرح متعدد کیسی سلعات PAPILLARY گرو تھ کی وجہ سے ٹھوس بن جاتے ہیں۔

مبيض میں کینسر براہ راست، لمفاوی غدود یا دوران خون کے ذریعہ ہوتا ہے۔ لیکن مبيض میں ہونیوالا METASTATIC کینسر، جبری تناسل کے ابتدائی کینسر یا اس کے علاوہ جسم کے کسی بھی حصے کے کینسر کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

### OVARIAN CYST

### کیسہ مبيضی

یہ مرض ۴۰ اور ۵۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے اور اس میں ۵۰ فیصد --- MALIGNANT ہی ہوتے ہیں خواہ ابتدائی ہوں یا ثانوی عام طور پر طبع پر کوئی اثر نہیں ہوتا اور ان کی وجہ سے کوئی خاص عوارض بھی نہیں ہوتے اس لیے اس کا پتہ نہیں چلتا تا دیکھ کر ان کی سائز مکمل نہ ہو جائے۔

### عانہ میں ہونے والی چھوٹی کیسہ

عانہ میں ہونیوالی چھوٹی کیسہ مبيض کی تشخیص دودستی معاینہ کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ یہ مدود ہوتی ہے۔ اس کے کنارے نمایاں ہوتے ہیں انھیں حرکت دی جاسکتی ہے

## علامات فارقہ

PEDUNCULATED

رحم میں ہونے والا فائبروما

رحمی

میٹریکس میں ہونیوالے فائبروما اور

فائبرائیڈ ایک دوسرے سے ملتے ہوئے ہوتے ہیں لیکن استسقا یا MEN'S  
SYNDROME کی موجودگی سے فائبروما کی تشخیص آسانی ہو  
جاتی ہے۔

HYDROSAL PINX

یہ قاذون کے AMPULLARY حصہ میں ہوتی ہے اور عموماً دو پول  
جانب ہوتی ہے۔ نفع ہونے کے نتیجے میں یہ گلوب کی مانند ہوتی ہے۔

حمل متنبذ

جوف حانہ میں کسی کیسہ کے پھٹنے کے نتیجے میں بطن کے زیریں حصہ میں کسی ایک  
طرف شدید درد ہوتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ صدمہ (SHOCK) کی دوسری  
علامتیں بھی ہوتی ہیں۔ لیکن ان دونوں کی تفریقی علامت قے ہے جو میٹریکس کیسہ کے انفصال  
کی حالت میں مسلسل قائم رہتی ہے۔

حمل

بعض اوقات رحمی مشانی POUCH میں رحم کے سامنے کوئی کیسہ  
ہوتی ہے جس کی نرم ساخت کی وجہ سے اکثر باردار رحم کا شک ہوتا ہے۔

## مبیض میں ہونے والی بڑی کیسہ

بطن کی دیوار تنی ہوئی اور چمکدار ہوتی ہے سطحی وریدیں نمایاں ہوتی ہیں بطن فو اب نما ہوتا ہے۔ تنی ہوئی کیسہ میں سیال کی لہر موجود ہوتی ہے۔ مبیضی کیسہ کی حالت تفرغ کر نے پر DULL SOUND ہوتی ہے۔ لیکن اس میں SHIFTING DULLNESS نہیں ہوتی۔

## علامات فارقہ

### منتفع مثانہ

قائما طیر کے استعمال کے بعد اس کی تفریق آسانی ہو جاتی ہے۔

## کثرت سیال امیونسی

HYDRAMNIOS

حمل کے دوسرے شہور غلاشہ میں سیال امیونسی کی زیادتی کی حالت میں تنی ہوئی کیسہ مبیض کا شک ہوتا ہے۔ کیونکہ اس وقت نہ تو جنین کو محسوس کیا جاسکتا ہے اور نہ اس کے قلب کی آواز ہی سنائی دیتی ہے۔ ایسی حالت میں صرف ایکسرے کے ذریعہ جنین کی موجودگی کی تصدیق کی جاسکتی ہے۔

## ورم باریطون کیسی

درن بطنی میں مبتلا عورتوں میں درن اور ورم باریطون کیسی کے درمیان تفریق مشکل ہے ہو پاتی ہے پھر بھی اگر درن کے لیے INVESTIGATIONS کرائے جائیں تو تشخیص میں آسانی ہو جاتی ہے۔



## نمونہ بیضی خبیثہ

### PATHOLOGICAL EXAMINATIONS

اس کی قطعی تشخیص پر حال اس کی ذریعہ ہما کی جاسکتی ہے۔ لیکن بعض عوارض و علامات ایسے ہیں جن کے ذریعہ سرطان کی تشخیص میں بہت مدد ملتی ہے۔ وہ حسب ذیل ہیں۔

۱۔ اگر کسی بچی میں عانہ میں ہونیوالے سلعہ کے ساتھ ساتھ بلوغت کی علامتیں وقت سے پہلے ظاہر ہوں تو اس سے

### GRANULOSA CELL TUMOUR

کا پتہ چلتا ہے۔ اسی طرح

### DYSGERMINOMA

دس سے بیس سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے اور ۴۰ سال کی عمر کے بعد ہونے والے بیضی نمونہ ۵ فیصد خبیثہ ہی ہوتے ہیں۔

### MALIGNANCY

۲۔ تیزی کے ساتھ بڑھنے والے سلعات میں  
کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ سائز میں تیزی سے بڑھنے کے ساتھ ان میں ہلکا درد اور

### TENDERNESS

بھی ہوتی ہے۔

۳۔ پچاس سال یا اس سے زیادہ عمر کی عورتوں میں اگر دونوں جانب گروتھ ہوں تو عام طور پر یہ خبیثہ ہی ہو کرتی ہیں۔ بیضی میں ہونے والے تمام سلعات خبیثہ میں سے دوتہا دونوں جانب ہی ہوتے ہیں۔

### MALIGNANCY

۴۔ بطن میں خون آمیز سیال کی موجودگی

پر دلالت کرتی ہے۔

۵۔ زیریں اطراف خصوصاً ایک پاؤں پر الہتاب کا ہونا بیضی نمونہ خبیثہ کی علامت ہے

## پیچیدگیاں

### TORSION OF PEDICLE

سلعہ بیضی میں عام طور پر پیچیدگی زیادہ ہوتی ہے۔ بڑے سلعہ کی یہ نسبت چھوٹے سلعہ میں یہ صورت زیادہ پائی جاتی ہے کیونکہ ان میں حرکت بھی بہت زیادہ ہوتی ہے۔ بطن کے نرم

ہونے کے ساتھ بطن کے اندرونی دباؤ کا کم ہونا جیسا کہ وضع حمل کے بعد ہوا کرتا ہے یا حرکت دودھ کی زیادتی جیسا کہ درم معدی میں ہوتی ہے یا بعض ادھات کھانسی یا کسی اور وجہ سے بطن کے عضلات میں انقباض یا پھان کا ہونا اس کے اسباب موثرہ ہیں۔ یہ انفال مکمل یا جزوی طور پر ہو سکتا ہے۔ اس کے نتیجے میں شدید قسم کا اجتماع دم ہوتا ہے اور سلو میں چھوٹی وریڈیں شق ہو جاتی ہیں۔ دھیرے دھیرے یہ صورت بغافلہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اس کی سب سے اہم علامت درد ہے جو بطن کے زیریں حصہ میں اور کسی ایک طرف زیادہ ہوتا ہے۔ درد یکبارگی شروع ہوتا ہے اور پھر شدت کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ نبض کی رفتار میں اضافہ ہو جاتا ہے تے مسلسل ہوتی رہتی ہے۔ مریض کی حالت ایسی ہوتی ہے کہ حمل متبذ کا شک ہوتا ہے اگر مکمل انفال ہو تو LAPAROTOMY کی ضرورت پڑتی ہے۔

## کیسہ میں نرف کا ہونا۔

یہ نرف کیسہ کی دیواروں جو ن کیسہ اور جوف باریطون میں ہو سکتا ہے۔ نرف کے درج ذیل اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱. PEDICLE کا انفال۔

۲. کیسہ پر براہ راست ضرب لگنا۔

۳. کیسہ کا کسی ضرب کے ذریعہ یا اپنے ہی آپ شق ہو جانا۔

معمولی نرف کی صورت میں سلو میں ہوتی ہے۔

اور درد میں اضافہ ہو جاتا ہے اگر نرف باریطون کے اندر مسلسل اور شدت کے ساتھ ہو تو صدمہ (SHOCK) ہوتا ہے جس کے لیے فوری طور پر کی ضرورت پڑتی ہے۔

## انشقاق کیسہ

کیسہ کے پھٹنے کے درج ذیل اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱. کیسہ کی دیواروں کا پتلا ہو جانا۔

۲. براہ راست گزند پہنچنا۔

۳. جوف کے اندر نریت کا ہوتا۔

۴. MALIGNANCY کیونکہ ایسی حالت میں انشعاق کے پھلنا

بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

کیسہ سے پیچ رطوبت بہنے کی حالت میں کیمیاوی دم بار لٹون ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں اطراف کی سافت سے کیسہ چپک جاتی ہے۔

کیسہ میں عددی کا ہونا

قاذبی بیضی کیسہ میں دم ہوتا ہے اور اس کے PEDICLE کے انتقال یا کیسہ میں نریت ہونے کے نتیجے میں ثانوی تعدیہ ہوتا ہے۔

MALIGNANCY

نوجوان لڑکیوں میں MALIGNANCY کا سبب

DYSGERMINOMA ہوتا ہے۔ ۲۰ سال کی عمر کے بعد ابتدائی

MALIGNANCY رحم اور ثانوی طور پر کسی سلفو غیر خبیثہ یا مجری غذائی

یا پستان سے METASTESIS کی صورت میں ہوتی ہے۔

بیض میں ہونیوالی تمام نئی گروتھ کے لیے LAPAROTOMY

ہی کرنی چاہئے۔

بیض کے ابتدائی کینسر کا علاج

اس کا علاج بہت ہی مشکل ہے کیونکہ عام طور پر تشخیص کے وقت سلفو کا پتہ نہیں

چلتا۔ اس مرض میں LAPAROTOMY ہی ضروری ہے

اور آپریشن کے وقت TOTAL HYSTERECTOMY کے ساتھ ساتھ

BILATERAL SALPINGO OOPHORECTOMY بھی ضروری ہے

## POST-OPERATIVE RADIATION

IRRADIATION	اس کے بارے میں مختلف خیالات ہیں اگر ضعیف ہوتی
IRRADIATION	کی ضرورت نہیں ہوتی۔ بصورت دیگر شدت کی حالت میں
RADIATION	بہت ضروری ہے۔ اگر سرجیکل علاج مناسب نہ ہو تو
COMBINED THERAPY	اور جلدی رکھنی چاہیے۔ اس مقصد کے
CHLORAMBUCIL	یہ کا استعمال زیادہ مناسب ہے۔ اگر
FLUOROURACIL	اس سے افاقہ نہ ہو تو دیا جاسکتا ہے

## حمل اور وضع حمل پر میٹری کیس کے اثرات

ایک جانب یا دونوں جانب کیس کی موجودگی استقرار حمل کے لیے کوئی رکاوٹ نہیں پیدا کرتی۔ میٹری میں ہونیوالی کیس حمل کے دوران تیزی کے ساتھ بڑھتی ہے۔ جب جوف عانہ میں کوئی چھوٹی کیس ہوتی ہے تو یہ سلسل ابول یا بعض اوقات اقباس بول کا سبب بنتی ہے۔ جیسے جیسے رحم کی سائز بڑھتی ہے تو کیس اوپر اٹھ آتی ہے اور لیام عانی سے اوپر محسوس کی جاسکتی ہے۔ حمل کے دوسرے شہور ثلاثہ کے دوران انقباس کیس کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں

بڑھتے ہوئے رحم میں کیس کو آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے جوف بطن میں کیس کی موجودگی کے نتیجے میں بے چینی، سوز، ختم تے اور کھانا کھانے کے بعد نفخ شکم ہوتا ہے۔ دباؤ کی وجہ سے زیریں اطراف پر الہباب ابتدائی جنینوں ہی سے شروع ہو سکتا ہے۔ ساتویں مہینے کے بعد کیس کی حرکت محدود ہو جاتی ہے کیونکہ جنین اور بڑھتے ہوئے رحم کی وجہ سے بطن بھرا ہوا ہوتا ہے بعض اوقات PALPATION کے وقت کیس پر جنین کے سر کا گمان ہوتا ہے۔ بطن اقباس طٹ کی مدت تناسب سے زیادہ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اور مدور چیزیں یعنی کیس اور اس جنین کو چھونے پر طوام کا ٹک ہوتا ہے۔ حالانکہ جنین کا سرمانہ میا اور کیس قاع الرحم میں محسوس کیا جاسکتا ہے وضع حمل کے وقت اس کیس کی وجہ سے دقت ہوتی ہے۔ کیونکہ اس کی وجہ سے جنین کا سر صحیح طریقے پر ENGAGE

نہیں ہو پاتا۔ اور کیسہ میں نزف یا تعدیہ کے ساتھ ساتھ غائفراد بھی ہو سکتا ہے نفاس کے دھلنا  
 انتقال۔ تعدیہ اور کیسہ میں تہج کے بھی امکانات ہوتے ہیں عمل کے دوران اگر انتقال یا  
 سلعہ دمویہ ہو تو آپریشن ضروری ہے۔ بصورت دیگر جسم اصغر کے ACUTE PHASE  
 کے ختم ہونے کے بعد (بیسرے، جینے کے بعد) ہوا آپریشن کیا جاسکتا ہے۔ کیسہ کو عمل  
 جراحت کے ذریعہ نکالنے کے لیے بہترین وقت درمیانی شہورِ ثلاثہ ہے۔ بہتر یہی ہے  
 کہ اگر کوئی ایرجنی نہ ہو تو چوتھے جینے کی تکمیل کے بعد ہی آپریشن کیا جانا چاہیے۔  
 اگر کیسہ کی موجودگی حاملہ کے لیے نقصان دہ نہ ہو تو عمل کی پوری مدت تک انتظار  
 کیا جائے اور وضعِ عمل کے وقت اگر اس کی وجہ سے کوئی رکاوٹ پیدا ہو رہی ہو تو  
 شقِ قیصری (CAESAREAN SECTION) کے ذریعہ اسے نکال دیا جائے  
 اور نفاس کے دوران وہ تمام اکیاس جن کی وجہ سے عوارض پیدا ہو رہے ہوں نکال دینا  
 چاہیے۔

